

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



**LA PRESENCIA ESTATAL EN LOS PROCESOS DE CUIDADO INFANTIL: LA
EXPERIENCIA EN “APAPACHAME UN RATO”**

BAREMBOUM LARA

TESINA DE GRADO
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
DIRECTORA: FERNÁNDEZ SILVINA LAURA

ROSARIO
2019

ÍNDICE.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
1. CAPÍTULO I.....	6
1. 1.Niñas, niños, niñas, infantes ¿Quiénes son?.....	6
1. 1. 1. 1000 días.....	7
1. 2. Práctica de cuidado: definición y alcance.....	8
1. 3. Infancia como categoría de riesgo.....	10
1. 4. Práctica de cuidado y perspectiva de género.....	14
2. CAPÍTULO II.....	18
2. 1. Organización social del cuidado.....	18
2. 2. Responsabilidad social del Estado.....	22
2. 3. Paradigmas de intervención estatal en la infancia.....	26
3. CAPÍTULO III.....	32
3. 1. Dispositivo de Desarrollo Infantil.....	32
3. 1. 1 ¿Cómo surgieron los Dispositivos de Desarrollo Infantil?.....	32
3. 1. 2 Definiciones, objetivos y lineamientos generales.....	35
3. 1. 3. Metodología de abordaje.....	38
3. 2. Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un rato”.....	40
3. 2. 1. Acerca de sus orígenes.....	40
3. 2. 2. Equipo de trabajo.....	44
3. 2. 3. Momentos de intervención.....	51
3. 2. 4. ¿A quiénes se invita a participar?	53
3. 2. 5. Cambios en la organización: avances y retrocesos.....	54
3. 2. 6. Acompañamiento estatal en los procesos de crianza, cuidado y desarrollo infantil.....	57
4. Reflexiones finales.....	65
5. Bibliografía.....	68
6. Anexos.....	71

AGRADECIMIENTOS

Gracias,

A Silvina, por el acompañamiento, dedicación y enseñanza durante este proceso.

A todo el equipo de “Apapachame un Rato”, en especial a Cari por compartir el entusiasmo y el compromiso.

A mis amigas del club, por estar presentes siempre.

A mis amigas de la facu con quienes discutimos todo y con todxs, y por luchar por sociedades más justas.

A mis compañerxs de trabajo, por enseñarme y acompañarme.

A Leo, mi compañero de vida. Vivirlo con vos para mí es la gloria.

A mi familia, por el aguante de siempre. Disfruto quererlos tanto.

A la Universidad Pública, agradezco haber caído en ella.

INTRODUCCIÓN

El cuidado, desarrollo y estimulación durante los dos años (incluso tres) primeros años de vida son fundamentales para el desenvolvimiento social y emocional de las personas. Durante este momento se estructura la base de la personalidad del sujeto, las matrices afectivas de aprendizaje y de inserción social. Para alcanzar un desarrollo acorde a cada niño, es necesario contar con alimentación adecuada y, además, lazos de apego de adultos subjetivamente significativos que generen un ambiente afectivo y receptivo que los proteja, contenga y acompañe.

El sistema machista y patriarcal en el cual vivimos se encuentra avalado por el marco jurídico, normativo, moral y social existente. Condiciona las funciones y las tareas que le corresponden a cada uno e identifican a las adultas como quienes acompañan a los niños en su desarrollo infantil, siendo las principales responsables en la práctica de cuidado y crianza. Encontramos cada vez más mujeres que crían en soledad, desvinculadas de lazos personales e institucionales.

Existe una gran diferencia entre aquellas familias que cuentan con la posibilidad de la compra de bienes y recursos en el mercado de trabajo y quienes no pueden hacerlo. Que la organización de cuidado quede supeditada a la cantidad de ingresos económicos con los que una familia cuente para hacerlo implica una fuerte desigualdad de oportunidades. La capacidad con la que cada organización familiar de cuidado y desarrollo infantil cuente (bienestar) dependerá de los bienes y servicios a su alcance y las estrategias que genere a partir de ellos. Ante la desigual distribución de bienestar, el Estado, personificado en trabajadores de instituciones públicas, lleva a cabo distintas estrategias, entre ellas el Dispositivo de Desarrollo Infantil- para acompañar a las familias en los procesos de cuidado y desarrollo infantil.

En este marco, los Dispositivos de Desarrollo infantil se proponen como una estrategia de intervención estatal, de jurisdicción municipal, para analizar, intervenir y acompañar a familias -particularmente a las mujeres madres- en la práctica de cuidado y desarrollo infantil, focalizando principalmente en aquellas que se encuentran en atravesando situaciones particulares en donde los niños no logran alcanzar un desarrollo físico, biológico y emocional, adecuado a su edad; también a quienes cuentan con factores de riesgo que son potenciales vulneradores de desarrollo infantil.

El Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un Rato” se lleva a cabo desde octubre del año 2017 en el Centro de Convivencia Barrial Ludueña Sur, en el Distrito Noroeste de la Ciudad de Rosario. Basado en el paradigma de la promoción y prevención de desarrollo infantil, se organiza desde la lógica de la intersectorial de coparticipación entre las Secretarías de Desarrollo Social, Salud Pública y Cultura y Educación. Además involucra a un equipo interdisciplinario conformado por trabajadores y trabajadoras de la institución en la cual el Dispositivo funciona, y el Centro de Salud Municipal Roque Coulin.

Contemplando que la infancia es una categoría relacional e intergeneracional, se invita a participar de un espacio lúdico a duplas/díadas compuesta por niñxs entre cero y tres años de edad junto a un/a adulto/a significativo en su desarrollo que sean vecinos del barrio. Si bien la alimentación saludable es fundamental para lograr un desarrollo adecuado a la edad de cada niñx, se considera que un ambiente afectivo y receptivo que los proteja de los acontecimientos de la vida también es necesario. La franja etaria se define contemplando que ese momento de la vida es esencial para el desarrollo cognitivo, lingüístico, emocional, biológico y relacional.

Propongo realizar una indagación respetuosa sobre las prácticas de cuidado a través de la exploración y problematización de los Dispositivos de Desarrollo Infantil, haciendo principal hincapié en el que se lleva a cabo en barrio Ludueña Sur de la ciudad de Rosario. Defino como objetivo general analizar al Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un Rato” como una estrategia de intervención estatal de acompañamiento a familias en el procesos de cuidado y desarrollo de niñxs de cero a tres años de edad.

Como objetivos específicos planteo:

- Recuperar a partir de entrevistas las consideraciones y perspectivas de las profesionales respecto a la práctica de cuidado y desarrollo infantil
- Identificar las estrategias estatales existentes en barrio Ludueña de acompañamiento a la familia en los procesos de crianza
- Identificar y examinar la vinculación del “Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un Rato” con otros actores con responsabilidad en la práctica de cuidado y desarrollo infantil
- Describir la dinámica de organización y funcionamiento del “Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un Rato”

La presente tesina se orienta desde la perspectiva de estudios cualitativos debido a que la considero adecuada, ya que se indaga sobre hechos y procesos sociales de carácter subjetivo que no pueden responder a parámetros estancos, causales directos ni leyes universales. Esta modalidad es habilitadora a la reflexión y puesta en discusión de los aportes de distintos autores que abordan la temática y las percepciones personales, desistiendo de suponer y definir generalizaciones e hipótesis que superen el objeto analizado. En este sentido, Vasilachis de Gialdino sostiene que “(...) en los métodos cualitativos se actúa sobre contextos ‘reales’ y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos. El presupuesto fundamental de las metodologías cualitativas es que la investigación social tiene que ser más fiel al fenómeno que se estudia que a un conjunto de principios metodológicos” (Vasilachis, 1992: 57).

Las estrategias utilizadas para la producción de conocimiento fueron fuentes primarias y secundarias. Entre las primeras, particularmente se encuentran las entrevistas semi-estructuradas a integrantes del equipo territorial y técnico; entre las segundas, libros, documentos publicaciones digitales, material audiovisual y registro de campo.

La inquietud sobre el desarrollo infantil se liga a haber realizado mis prácticas profesionales en el Centro de Salud Roque Coulin de la ciudad de Rosario. A partir de este proceso se intensificó mi interés por conocer las estrategias que llevaban a cabo las familias en relación a la práctica de cuidado y desarrollo de niños de cero a tres años de edad. También decir, que fue una experiencia enriquecedora para mi formación debido a que me brindó la posibilidad de conocer nuevas estrategias de intervención, vincularme con trabajadoras de otras instituciones y participar de un nuevo espacio en donde el acompañamiento, la enseñanza y el buen trato fueron indispensables para el aprendizaje. El lenguaje que comúnmente utilizamos no se condice con la coyuntura actual. Responde a un sistema que invisibiliza la figura femenina y a las identidades disidentes. Por eso, utilizaré el “*lenguaje libertario*” (Peker, L, 2018) donde la intención será romper con la escritura que denota un único sistema sexista y binario. La intención es ser inclusiva. Esto implica una dinámica aleatoria en la cual aparecerán palabras escritas con “x”, con “e” y también el uso de “/”.

1. CAPÍTULO I

1. 1. Niñas, niños, niñes, infantes ¿Quiénes son?

Se hablará de “infancias” como un concepto relacional que incluye a niños y niñas y, además, a lxs adultxs acompañantes que conforman el espacio donde ellxs habitan y se desarrollan. Lo relacional no solo involucra al mundo de los adultos sino que será preciso para el desarrollo en la infancia el vinculamiento con otros niñes, teniendo en cuenta su carácter de conciencia social (Bleichmar: 2001).

Las infancias se empapan de procesos culturales y morales que se identifican con contextos generales teniendo en cuenta el desarrollo social, cultural político y económico. La niñez se define, entonces, a partir de cuestiones universales de la sociedad en general y, dentro del ámbito familiar, en particular. La relación niños/adultos no puede ser analizada fuera de contexto. No existe una sola forma de transitar la infancia, sino que se determina de acuerdo a una multicausal.

Silvia Bleichman (2001) destaca la diferencia al mencionar “infancia” y “niñez” y al respecto aclara que la niñez es un estadio cronológico mientras que la infancia es una categoría constitutiva. La primera tiene que ver con una etapa definida por el desarrollo mientras que la segunda se determina por momentos constitutivos estructurales de la subjetividad infantil.

La infancia es una etapa decisiva en el desarrollo de las personas debido a que determina en gran medida la evolución posterior de niños y niñas en cuanto a las dimensiones motoras, lingüísticas, cognitivas, socioafectivas, etc. Esta idea es generalmente aceptada y compartida por distintos profesionales y disciplinas como psicología y psicopedagogía, independientemente de las teorías contrapuestas que pueden encontrarse en distintos estudios.

Entendiendo que la noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural se destaca que ha tenido diferentes connotaciones a lo largo de la historia. Al respecto José Puerto Santos (1980) detalla cómo fueron pensados niños y niñas según las diferentes épocas:

- 354 -430 hasta el siglo IV: dependiente e indefensos
- siglo XV: malos de desde el nacimiento
- siglo XV: indefensos y por ello deben permanecer al cuidado de adultos. Se define al niño como prioridad.

- siglo XVI: ser humano inacabado. “Niño como adulto pequeño”
- siglo XVI y XVII se le reconoce una condición innata de bondad e inocencia y se lo considera un “ángel”.
- siglo XVIII: se le da la categoría de infante pero con la condición de que aún le resta trecho para ser “alguien”. Es el infante como “ser primitivo”.
- Siglo XX hasta la actualidad: se contemple a lxs infantes como sujetos de derechos

Retomando a Bleichmar, y teniendo en cuenta que la infancia es una categoría relacional, puede decirse que existe una relación asimilar de poder en donde les niños se encuentran en una posición desventajosa. Lxs adultxs son quienes tienen el poder de definir lo correcto y lo incorrecto, lo verdadero y lo falso, y sus decisiones y sus conductas son acciones consideradas como una forma de disciplinar, educar, hacer entrar en razones, poner límites, proteger, tranquilizar, etc. Al respecto, retomo la urgencia expresada por la psicóloga en relación a la necesidad en la elaboración y sanción de un marco normativo que tienda al resguardo de quienes se encuentren en una posición de menor poder y herramientas para enfrentar el mundo adultocentrista que puede conllevar a la opresión de sus derechos e intereses. Esta idea coexiste con el marco normativo, regulatorio y jurídico que intenta instalar a lxs niños como lxs actores/actrices principales a resguardar y garantizar derechos. La noción de adultocentrismo y niños como sujetos de derechos conviven y se despliegan en las actividades cotidianas de cuidado y desarrollo infantil.

1. 1. 1. 1000 días

La noción de infancia tiene vinculación directa con la de “primera Infancia” que es una categoría social y relacional que expresa el modo en que en los últimos años se ha designado de manera generalizada y hegemónica a los primeros años de vida de niños que no han alcanzado la edad mínima de escolaridad básica (Santillán Laura: 2016).

Los mil días de vida, refiere al periodo que comprende: 270 días desde la concepción hasta el nacimiento, más 365 días del primer año de vida y más otros 365 días del segundo año de vida. Constituyen un período esencial para el desarrollo de las personas en cuanto a lo cognitivo, el lenguaje, el desarrollo social y emocional.

Durante este momento, el cerebro duplica su tamaño y el número de sinapsis neuronales crece exponencialmente. En esta etapa se forman la mayor parte de los órganos y

tejidos y, también el potencial físico e intelectual de cada persona. Los acontecimientos durante estos primeros 1000 días tendrán consecuencias en el individuo, por lo que la prevención es fundamental. (UNICEF, 2012). Además esta etapa se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones como el crecimiento físico, el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, las habilidades cognitivas y de lenguaje verbal así como la interacción social. Las experiencias negativas, la falta de estimulación, la nutrición insuficiente y el estrés durante los primeros mil días, imprimen ciertas características que acompañan todo el curso de vida. Esto implica una necesidad prioritaria de intervención durante este período, fundamentalmente por lo que genera en el futuro de cada unx.

Durante este momento se estructura la base de la personalidad del sujeto, las matrices afectivas, de aprendizaje, de inserción social y se genera gran parte de las condiciones personales para el futuro individual y en sociedad. Para ello el vínculo con un/a adultx acompañante que ejerza la función maternal/paternal es fundamental. El estímulo y la interacción temprana con lxs cuidadorxs son un impulso esencial para el desarrollo cerebral y para el aprendizaje a lo largo de la vida. El vínculo de apego, entonces, resulta fundamental para que los niños se sientan cuidados y protegidos.

Como se mencionó anteriormente, existe consenso en torno a entender a la primera infancia como período crucial que determina la base para el futuro desarrollo de las personas. Esta concepción es avalada y fundamentada por distintas disciplinas tales como: biología, neurociencia, ciencias cognitivas y genéticas. En relación a esa afirmación, destacadas en el tema como Laura Santillán (2016), anuncia que si bien es hegemónico este pensamiento, es menester recalcar que no existe unanimidad al respecto y que incluso se ha encontrado disidencia dentro de la neurociencia, reconociendo la idea de “cerebrocentrismo”. A mi entender, este debate se plantea con el objetivo de romper con el pensamiento directo entre necesidades básicas insatisfechas y disfuncionamiento en el desarrollo a mayor edad, es decir que quien vivió en situación de vulnerabilidad en sus primeros años de vida está impedido de llevar a cabo un desarrollo saludable y socialmente aceptado. Considero que a pesar de que haya gran influencia entre ambas situaciones, no puede ser definido a priori ni estableciendo una relación de causa-consecuencia directa.

1. 2. Práctica de cuidado: definición y alcance

La práctica de cuidado es constitutivo a los seres humanos. Nadie puede sobrevivir sin ser cuidado y a lo largo de la vida todos cuidamos a otrx. Sin embargo, retomando algunos aportes de autoras como Rosario Aguirre (2005) se puede decir que en nuestra región son incipientes los estudios que abordan la práctica de cuidado. En la zona anglosajona y de la mano del movimiento feminista, el comienzo de la escritura sobre el tema tuvo mayor avance a partir de la década de los '70. Producciones elaboradas en países del viejo continente como Italia y los países nórdicos introdujeron la dimensión de género que hasta el momento no había sido tomada en cuenta. Se argumentó que al no identificar a las mujeres como principales responsables de esta tarea, las dejaba excluidas de derechos indispensables para lograr ser ciudadanas plenas y se las invisibilizaba.

No es posible encontrarnos al día de hoy con una definición absoluta. Se trata de un concepto sobre el que existen varias definiciones y está aún lejos de ser una noción de consenso. Carla Zibechi (2014: 13) entiende al cuidado como "...un conjunto de actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas para la existencia y mantenimiento cotidiano de las personas. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (como la atención del hogar o la preparación de alimentos) y la gestión del cuidado provisto por otras personas o instituciones, coordinando honorarios y gestiones de traslado. El cuidado permite la sostenibilidad de la vida". Implica acciones, sentimientos, servicios y cooperación de un otro/a/e ya sea por tiempo acotado o prolongado.

Algunxs circunscriben la categoría de cuidado a aquellas personas que debido a determinadas circunstancias requieren de otro/a para poder desarrollar sus actividades y/o vida cotidiana. Surge a partir de la dependencia en situaciones tales como: extremos de la vida (niñez y vejez), discapacidad, enfermedad. "El cuidado permite atender las necesidades de las personas dependientes, por su edad o por sus condiciones/capacidades (niños y niñas, personas mayores, enfermas o con discapacidades) y también de las personas que podrían autoproveerse dicho cuidado" (Rodríguez Enriquez, 2015:7).

Autoras como Karina Batthyány (2004) explicitan que hacerse cargo del cuidado material implica un "trabajo", del cuidado económico que acarrea un "costo", y del cuidado psicológico que liga un "vínculo afectivo, emotivo, sentimental". Puede llevarse a cabo, de manera honoraria o benéfica por vínculos familiares o fuera de ella.

Está determinado por un vínculo entre el que brinda tal práctica y quien la recibe y por ello que se basa en lo relacional.

Puede ser clasificado en: a) cuidado gratificante: será el que se vincule con niños, niñas y adolescentes; y, b) cuidado asistencial: es el otorgado a la atención para hacer frente a una enfermedad, crónica o aguda o a una persona con discapacidad (Murillo: 2003).

A su vez, se reconocen dos tipos de cuidado:

- directo: implica tiempo, la atención a las necesidades y la puesta en acto del propio cuerpo, a partir de intervenciones personales.
- indirecto: son intervenciones estatales o por medio de organizaciones de la sociedad civil a través de programas y políticas sociales
- Encontramos dos dimensiones del cuidado que ocurren en paralelo y son indivisibles (Zibechi: 2014). Una de ellas es la física que se vincula con actividades concretas a la atención del cuerpo (ejemplos: alimentación, salud, higiene personal, descanso). La otra, la simbólica, tiene que ver con el bienestar emocional de las personas y se relaciona con el componente afectivo y emocional.

En niños y niñas, el cuidado y desarrollo implica una provisión diaria. Desde el aspecto amoroso hasta la beta económica, requiere un esfuerzo que no se manifiesta de igual manera en todo los ámbitos. Porque cada familia fluye, funciona o actúa de acuerdo a trayectoria, pactos y proyectos internos. A pesar de ello, existen parámetros, actitudes, tareas, roles que se registren en la casi totalidad de las familias de la región. Las prácticas familiares de cuidado no se determinan -como suele suponerse- por actitudes naturales y espontáneas, ni mucho menos por formas estáticas de pertenecer a una condición o posición de clase social. Las decisiones cotidianas que las familias toman respecto del cuidado de niñas no se restringen a las fronteras de la vida íntima sino que tiene que ver con procesos más amplios de producción social: trayectoria social; ocupación; sociabilidad; circuitos laborales, políticos, religiosos, gremiales e interacciones próximas¹.

Retomando a Rosario Aguirre (2005), la práctica de cuidado es generalmente realizada por mujeres, sin reconocimiento ni valoración social a pesar de ser un trabajo que

¹ Las interacciones próximas implica el intercambio entre adultxs (parientes, vecinxs, allegadxs) de pareceres que se toman como referencia. Se intercambian saberes como también préstamos concretos (medicamentos, materiales para la escuela, vestimenta, etc). (Santillán, L.:2012).

conlleva tiempo, energías, pensamientos y además, genera valor. El trabajo de cuidado (tanto el directo como el indirecto) que se realiza al interior de los hogares y mayoritariamente por mujeres, se efectúa sin remuneración y sin que se establezca un valor por ello, a pesar de que lo genera.

La práctica de cuidado es provista casi exclusivamente por las familias. Es determinado a partir de la transmisión de valores, hábitos y rutinas familiares y se lleva a cabo en consonancia con sus valoraciones y perspectivas. A partir de distintos estudios y de los relatos que a diario escuchamos, se tiene conocimiento que quienes reciben retribución económica por este tipo de trabajo lo hacen en condiciones de precariedad en cuanto a lo económico y a las contrataciones laborales. Las familias que no tengan acceso a la compra de fuerza de trabajo en el mercado laboral quedan supeditadas a la responsabilización de los miembros de la familia o su entorno más cercano familiar o comunitario (Paulassi y Zibecchi: 2010).

La noción de cuidado está fuertemente vinculada a la de derecho. Considero que la práctica de cuidado debería ser contemplada como un derecho fundamental de todas las personas. A pesar de la lucha de múltiples movimientos nacionales e internacionales que así lo identifican, aun en nuestro país no se ha logrado tal reconocimiento como sí ocurre en Uruguay a través del “Sistema Nacional de Cuidados”².

Que el cuidado sea reconocido como un derecho humano implica la visibilización de esta práctica como un trabajo; además supone trascender las regulaciones del trabajo registrado (licencia por maternidad/paternidad/adopción, horas de lactancia, ausencia por cuidados parentales, etc) y considerarlo un derecho para todxs, independientemente de la situación laboral en la que se encuentre. Este nuevo entendimiento no surge con la

² A partir de la sanción de la Ley de Cuidado todas las niñas y los niños, personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia, tienen derecho a ser cuidadas. Surge con el objetivo de generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado; como así también para crear condiciones más justas e igualitarias entre varones y mujeres. Piensa la matriz de protección social con un enfoque global e integral, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones. Desde las primeras reivindicaciones de las organizaciones sociales y trabajos de la academia, hasta el Debate Nacional de Cuidados de 2011, la Gira Nacional de Cuidados de 2015, y la pronta conformación del Comité Consultivo, el Sistema de Cuidados es semilla y fruto de un largo proceso de participación social y política. A ello se suma los esfuerzos articulados de organismos e instituciones comprometidos en el diseño e implementación de la política, que tendrá como corolario la conformación definitiva de la Junta Nacional de Cuidados. El SNIC pretende modificar las pautas actuales de la división sexual del trabajo y valorar adecuadamente el trabajo de cuidados no remunerado. El SNIC y las acciones de política en él comprendidas estará guiado por los siguientes principios: solidaridad, universalidad, autonomía, corresponsabilidad.

intención de recargar a la mujer en las actividades que realiza; muy por el contrario, el objetivo es crear mejores condiciones para que lxs adultxs o responsables a cargo de niños y niñas puedan desarrollarlo. Considero que todas y todos deberíamos tener derecho a ser cuidados en un contexto donde el Estado tome responsabilidad al respecto a través de la legislación del marco regulatorio para lxs cuidadorxs, proveyendo la infraestructura que demande y planificando y ejecutando la organización social de cuidado de manera que exista igualdad de oportunidades.

1. 3. Infancia como categoría de riesgo

La infancia, al igual que la enfermedad, vejez, discapacidad, discriminación, desempleo, muerte, son ejemplos de riesgo ya que son situaciones sujetas a incertidumbre. El bienestar es interpretado como la capacidad que se tenga para el manejo de riesgo (Franzoni: 2008) y se determina de acuerdo a la protección (social) con la que se cuente. El riesgo no se define objetivamente ni a priori. Se determina a partir de distintas articulaciones entre lo social, lo histórico, lo político y lo normativo; son socialmente definidos y contextualmente determinados. Lo que implica riesgo y bienestar en un momento puede dejar de serlo en otro de acuerdo a las consideraciones presentes.

La capacidad que se tenga para prevenir, aliviar y detener la incertidumbre está distribuida desigualmente en la sociedad. Para Martínez Franzoni (2008: 26), “la ubicación de las personas en estratos o grupos jerárquicamente organizados según su acceso a recursos, constituye aquello a lo que la sociedad alude como estratificación”. La estratificación (definida, además, a partir de clase social, el género, el nivel educativo, la localización geográfica) y la división social y sexual de trabajo son generadoras de riesgo. Analizando las prácticas cotidianas, las formas de abordar el riesgo no deberían ser individuales, sino que requiere estructuras sociales colectivamente estipuladas. En este sentido, es importante destacar que la incertidumbre/inseguridad que se registra dentro de una categoría como la niñez no ocurre a una persona o un grupo reducido sino que afecta a grupos que reúnen ciertos indicadores coincidentes.

Retomando los aportes de Robert Castel (2013) nos encontramos ante la presencia de sociedades que no pueden ser pensadas sin incertidumbre e inseguridad y en donde se encuentre protección a todos los riesgos, los cuales son constitutivos de la vida moderna. “¿Qué es estar protegido en estas condiciones? No es estar instalado en la

certidumbre de poder dominar perfectamente todos los riesgos de la existencia, sino más bien vivir rodeado de sistemas que den seguridad, que son construcciones complejas y frágiles, las cuales conllevan en sí mismas el riesgo de fallar en su objetivo y de frustrar las expectativas que generan” (Castel, R, 2013: 12).

En continuación con la idea anterior, puede decirse que ante los riesgos, existe desigualdad respecto de la capacidad que se tenga para su manejo, el cual depende de los bienes y servicios a los que pueda accederse. En sociedades capitalistas, gran parte de la población accede a ellos a través del intercambio mercantil. Otro grupo lo hace a través de relaciones indirectas como las de parentesco a la comunidad. Esping Andersen (2001) enuncia que la forma en que se organizan y se asignan los recursos en cada sociedad determina el “régimen de bienestar” existente. La manera en que esto ocurra está marcada por tensiones y conflictos ya que se constituyen a partir de relaciones de poder.

Al respecto, Franzoni (2008) expone las principales lógicas para acceder al bienestar:

- estructuras autárquicas: asigna recursos a partir de la administración doméstica en unidades cerradas de producción que se abastecen a sí mismas de todo lo necesario.
- estructuras simétricas: se asigna recursos a partir de la división sexual del trabajo. Al interior de la familia los recursos se asignan a partir de la reciprocidad en las relaciones personales entre familiares y/o con la comunidad.
- estructuras céntricas: se asigna recursos a partir de una redistribución autorizada que entrega y reasigna recursos comunitarios. Ejemplo: programas estatales de educación y salud. La intervención del Estado es clave para extraer, asignar y distribuir recursos. La asignación colectiva de recursos a través del Estado tiene la particularidad de incidir y dar forma a las otras prácticas.
- estructuras de mercado: la asignación de recursos se da a partir del intercambio mercantil a través del cual las personas venden su fuerza de trabajo y a cambio compran bienes y servicios.

Gran parte de la población indagada en esta tesina de grado no está inmerso dentro de la lógica del trabajo formal. Por su parte, las políticas estatales son escasas a la hora de poder hacerlo y no pueden visualizarse como una opción real y concreta a la hora de pensarse como una forma de acceso a bienes y servicios que permitirán manejar el riesgo que la infancia implica. El Estado tiene la potencia regulatoria en la distribución

de capacidades para manejo de riesgo. Es por ello que sus acciones -o inacciones- repercuten en las estrategias que se elaboren en las intervenciones en la infancia. El Estado tiene una fuerte incidencia en promover cambios o reforzar la división sexual del trabajo. Para ello deben analizarse tres dimensiones (Franzoni: 2008):

- dependencia económica vs. acceso de las mujeres al trabajo remunerado
- subordinación de las mujeres dentro de las familias nucleares vs. familias lideradas por mujeres
- la organización del trabajo no remunerado o de cuidado a lo interno de la familia vs. la existencia de un sistema de apoyo.

Si lo que se pretende analizar es el desarrollo infantil interpelando principalmente cómo ocurre la práctica de cuidado, será menester tener en cuenta dos dimensiones que no pueden dejar de obviarse:

- familiarización/desfamiliarización
- mercantilización/desmercantilización

Ambas dimensiones serán retomadas posteriormente para analizar la forma y los paradigmas que el Estado contempla a la hora de llevar a cabo las intervenciones en primera infancia, específicamente en relación al desarrollo infantil.

1. 4. Práctica de cuidado y perspectiva de género

Como se venía mencionando anteriormente, históricamente el cuidado ha quedado relegado al ámbito familiar, especialmente fuimos y somos las mujeres quienes recibimos por imposición la tarea de ser cuidadoras, independientemente de nuestro deseo y capacidades. Esta visión fue acompañada por un sistema regulatorio y prácticas que se naturalizaron a lo largo de la historia. El sistema político, cultural, moral, social y económico se basó (y aun se basa) en un tipo particular de familia heterosexual en la que el hombre era proveedor de los recursos económicos ya que se vinculaba con el ámbito público y por ello recibía una contribución económica; la mujer ocupó el mundo privado, cargando con las tareas reproductivas y de cuidado sin considerarse ello un trabajo que ameritaba una remuneración. Si bien podemos encontrar a lo largo de la historia innumerables situaciones en donde las mujeres por decisión o por obligación ocuparon puestos de trabajo por fuera del ámbito doméstico, existían consideraciones, ideas, nociones que respaldaban y promulgaba la división social y sexual del trabajo.

Esta organización fue contemplando otras dinámicas. Principalmente a partir de la lucha del movimiento feminista; se puso en jaque y se sentó las bases (en las discusiones y en la práctica) para que las mujeres seamos sujetas de derechos y logremos cierta equidad en cuanto a derechos que anteriormente solo eran potestad de los hombres. Lo novedoso no fue que las mujeres ingresen al mercado laboral formal, sino que lo hicieran con un ritmo mucho más acelerado que antes y con condiciones legales más amplias.

El avance en torno al reconocimiento de derechos de mujeres no implicó la participación de los hombres padres en el ámbito doméstico. Es decir que se registró un avance profundo en la participación de la mujer en el ámbito público, pero no de los hombres en el privado. Esto continuó generando una desigualdad dentro de las parejas heterosexuales provocando que las mujeres además de la jornada laboral por fuera de la casa, al llegar continúen trabajando sin remuneración al cuidado de sus familiares. Esto es lo que se conoce como la doble jornada laboral de las mujeres. Los roles diferenciados para cada miembro de la familia conlleva una fuerte desigualdad social y estratificación en donde las mujeres casi por el solo hecho de serlo fueron consideradas con capacidades “especiales” y específicas a partir del “instinto maternal” que las ha determinado con las mejores capacidades y condiciones para cuidar y criar tanto de los niños como de los adultxs mayores. Importante es recalcar que estas concepciones socialmente determinadas y obligatoriamente aceptadas, son construcciones sociales que lejos están de ser “naturales”. Es decir que, si bien existen algunas actividades como amamantar que la pueden llevar a cabo sólo aquellos cuerpos con capacidad de gestación, el resto de las tareas pueden repartirse y ejercerse por los distintos miembros del grupo conviviente, indistintamente de su sexo/género.

Existe una real diferencia entre aquellas familias que pueden tener acceso a la compra de mano de obra para llevar a cabo la práctica de cuidado de quienes no pueden hacerlo. Quienes se encuentran en la primera situación tienen mayores posibilidades a la hora de diagramar el binomio entre trabajo y responsabilidades de cuidado. Los segundos, estarán obligados a hacerlo ellos o apelar a las organizaciones de la comunidad a costa de su tiempo y posibilidades de obtener ingresos económicos. “Existen ciertas políticas y provisión del cuidado de niños para asalariadas, políticas de provisión para grupos de la población en situaciones de cuidado (programas para adultos mayores, discapacitados, niños y niñas) pero ninguna política para quienes no están asalariadas (incluye a las trabajadoras informales como a las llamadas “amas de casa”) y tienen que

asumir el cuidado de sus “dependientes” tal como se han denominado históricamente las relaciones de cuidado a los efectos de los sistemas de seguridad social...” (Pautassi, L, 2007: 37). En este sentido, es menester plantear estrategias que implique al cuidado como un principio inherente de igualdad de oportunidades y trato. El acceso a la protección social en la actualidad no debiera estar ligado al empleo y mucho menos al empleo asalariado de los cónyuges. Esa reforma está pendiente en la mayoría de los países de la región.

En la normativa, diversas legislaciones internacionales identifican que quienes son los encargados de brindar cuidado no tienen distinción de sexo/género. Enmarcados en el contexto nacional, en materia de trabajo formal (para dar un ejemplo) la responsabilidad de cuidado se circunscribe principalmente a la licencia por maternidad en el caso de quienes engendran y a las licencias por paternidad a quienes no lo hacen, principalmente hombres. Sin embargo la legislación a nivel nacional como internacional es insuficiente a la hora de determinar y responsabilizar el/lxs encargadx de cuidado. En líneas generales, la literatura sobre las políticas públicas de conciliación entre familia y trabajo destaca, en primer término, que uno de los resultados no previstos de estas medidas ha sido que sólo han servido para que “concilien” las mujeres, reforzando la idea que el cuidado intrageneracional es una responsabilidad femenina, con una muy escasa participación de los varones (Torns Martin, 2005). Asimismo, se observa que la relación entre lo familiar y laboral se produce en tanto existe una clara concentración temporal del trabajo entre lo que se denomina la edad más productiva de varones y mujeres en el mercado laboral (25-45 años) que coincide precisamente con las mayores responsabilidades familiares que surgen a partir de la formación de las familias, el cuidado de hijos pequeños y, en algunos casos, el cuidado de los adultos mayores (Arriagada, 2004). Al calor del debate sobre las políticas de conciliación, resulta central considerar que no sólo se trata del derecho de los progenitores a armonizar dos ejes fundamentales de sus vidas: trabajo y familia, sino que también se encuentra en juego el derecho de los niños/as a ser criados y educados por sus progenitores (Pautassi, L y Zibecchi, C, 2016).

Tomando como referencia la Encuesta de Actividades de Niños, niñas y adolescentes (2006) se puede visualizar que tanto en zonas rurales como urbanas son las mujeres madres las principales responsables de la práctica de cuidado, independientemente de la presencia de un hombre padre. En las familias de menores ingresos económicos se

evidencia la participación en las actividades domésticas de los hermanos varones de más de 15 años; situación no visualizadas en aquellos hogares en donde existe la posibilidad de contratación de otra persona en el mercado laboral. Paralelamente, existen datos estadísticos en relación a la economía de cuidado que no son ampliamente difundidos en ninguno de los medios a los que la mayoría de las personas tienen acceso.

Retomando datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) los varones ganan en promedio un 19% más que las mujeres y el 55% de los puestos ocupados en la economía informal pertenecen a ellas. A su vez, las mujeres realizan de 3 a 5 veces más trabajo doméstico no remunerado que los varones. En Argentina, 9 de cada 10 mujeres de 20 a 59 años dedican 46,6 horas al llamado “trabajo doméstico no remunerado” por semana, mientras que 6 de cada 10 varones lo hacen, dedicando sólo 24,5 hs. según datos arrojados en 2013. Si comparamos estos números, con los de las mujeres de la misma edad que no tienen ingresos propios (es decir sin autonomía económica), las horas semanales dedicadas al trabajo doméstico no remunerado aumentan a 58,5, mientras que las de los varones en iguales condiciones, sólo ascienden a 28,6 semanales. En los/as adolescentes, sobre todo en aquellos que no estudian ni trabajan, son las jóvenes de los hogares más pobres y vulnerables las que realizan el trabajo doméstico y las tareas de cuidado dentro de sus hogares, de modo no remunerado, para que sus madres lo hagan fuera de sus hogares de modo remunerado. Estos números demuestran que las mujeres tienen menos tiempo ocioso, y que a medida que disminuyen las posibilidades económicas o de acceso, disminuye también la oportunidad de trabajar remuneradamente.

2. CAPÍTULO II

2. 1. Organización social del cuidado

El gráfico del diamante del cuidado (Ravazi, 2007) permite identificar a los actores que son pilares respecto a la provisión de cuidado. A partir de las relaciones, interacciones y organización que entre ellos exista, se determinará la organización social del cuidado (OSC).

La forma en que el Estado actúe determinará fuertemente el diamante del cuidado ya que no solo tiene la capacidad de proveerlo, sino que además regula las responsabilidades asumidas por los otros actores. “Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada” (Marzonetto, G y Rodríguez Enrique, C, 2016: 106). Las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los distintos actores no están determinadas y conformadas solo por aquellas personas que brindan el cuidado y lo reciben, también por el marco legal y normativo, el mercado, la comunidad y resto de las instituciones.

En las sociedades no se encuentra un único modelo de diamante de cuidado ya que este varía de acuerdo a diferentes circunstancias: estratificación, fragmentación social, recursos, desigualdad de género, educación, políticas sociales, modelos de familias, etc. Algunas dimensiones tienen mayor incidencia que otras a la hora de determinar la organización social de cuidado. No es posible ni justo exigir a los distintos actores capaces de brindar cuidado que asuman la misma responsabilidad. Porque en cada uno de ellos difiere los recursos, el respaldo y el poder decisorio. Es el Estado quien tiene la estructura más contundente para poder hacerlo. La política social es un aspecto estructurante y de gran incidencia. En este sentido se destaca que “ En América Latina, quienes tiene el poder para el planeamiento y ejecución de políticas públicas y sociales poco han propuesto en materia discursiva y normativa en relación a la distribución de responsabilización de cuidado; sin embargo sectores académicos y algunas organizaciones de la sociedad civil han planteado al menos embrionariamente propuestas y estudios que visibilicen y cuestionen la desigual distribución de roles y tareas” (Rodríguez Enrique, 2006: 12).

A continuación se detalla la vinculación que cada actor que forma parte de la estructura de diamante de cuidado tiene respecto a los procesos de cuidado:

Familia: Las familias son las principales encargadas de brindar cuidado, quedando generalmente relegadas a los miembros convivientes. En materia normativa, esta situación es avalada y ampliamente difundida. Son pocas las estrategias estatales directas existentes para niños y niñas de cero a tres años de edad en donde exista un acompañamiento estatal a familias respecto de la crianza y cuidado de los niños. Sin embargo, como estructura encargada de brindar bienestar, no fue un actor tenido en cuenta en los estudios durante largos años. Fueron las investigadoras feministas las que identificaron a las familias como un actor principal a partir de analizar el rol y la responsabilidad que la mujer conlleva dentro de la práctica de cuidado en particular y de la economía en general.

La familia como institución social ha ido modificándose a lo largo de la historia, como así también su vinculación, organización, objetivos, nociones y atributos respecto a los procesos de cuidado. Sin embargo debido - entre otros factores- a creencias religiosas y morales impuestas en sociedades como la nuestra, se ha naturalizado desde hace algunos siglos que la familia priorizada sea la heterosexual, biparental, con hijos. A pesar de ello, la visibilización de otras organizaciones familiares (monoparentales, homosexuales, ensambladas, etc) han comenzado a tener -desde hace algunos años- marcos normativos y jurídicos que les garantizaron ciertos derechos. También lo ha hecho el aumento de la tasa de separación y divorcio. Si bien existen parámetros de cuidados universales, cada familia ordena esta práctica según las condicionalidades particulares.

Con frecuencia se menciona que las mujeres realizan las tareas de cuidado y crianza al interior del hogar por “amor”. Sin embargo, “Eso que llaman amor es trabajo no pago” (D’Alessandro: 2016). Estamos amparados en el paradigma del “amor familiar” que entiende que el cuidado proveniente de lazos familiares es de calidad y afectivo. Con esa noción, se sigue ocultando información y se mantienen secretos y mentiras que las estadísticas formales ponen en evidencia: las cifras dadas por UNICEF (2012) son de 2 millones de niños abusados intrafamiliarmente por año en América Latina. Un promedio de 228 abusos por hora, 4 por minuto y uno cada 15 segundos.

Si la/s mujer/es de la casa no puede/n realizar la práctica de cuidado la situación será diferente de acuerdo a si la familia tiene la posibilidad de adquirir esa mano de obra en el mercado o si no puede hacerlo. Quienes pueden, buscan servicio doméstico remunerado para que ejerza la práctica de cuidado ya sea directa o indirecta. Quien no

tiene los recursos económicos lo ejercen personalmente o relegan la responsabilidad de otras mujeres de la casa que en numerosas situaciones han tenido que abandonar la escuela o irrumpido sus proyectos personales.

Las posibilidades con las que las familias cuenten dependerá de distintos factores tales como: decisiones intrafamiliares y estructuras de oportunidades, dadas en gran medida por los mercados laborales y la inversión pública. La desigualdad que se alcanza a partir del mercado laboral se traslada casi de forma automática a las relaciones al interior de los vínculos familiares (Franzoni 2008). Muchas familias -entre ellas las que participan de los Dispositivos de Desarrollo Infantil- mantienen “estrategias de supervivencia” a la hora de llevar a cabo la práctica de cuidado de niños y niñas ya que están ajenas al intercambio de bienes y servicios a través del mercado y de políticas públicas.

Mercado: En el mercado existe el intercambio de la práctica de cuidado, es decir que algxs venden su fuerza de trabajo y otrxs lo compran. En la mayoría de los casos la retribución económica que se obtiene por la realización de este trabajo es insuficiente y de manera informal. La actividad puede implicar el trabajo directo, por medio de lo que comúnmente se conoce como “niñera” o cuidadores personales. También la contratación puede hacerse para actividades indirectas de trabajo en donde se realiza la limpieza y ordenamiento del hogar, compras diarias, lavadas y planchadas de ropa, etc. Un aspecto a destacar es que quienes tienen acceso a la demanda de este servicio abonan por un trabajo que implica una remuneración que no existiese si esta labor fuera realizada por algún integrante del grupo familiar. Es decir que la práctica se considera un trabajo remunerado de acuerdo a quién lo lleve a cabo.

Por medio del mercado, lxs trabajadorxs asalariados y contratadxs tienen derecho a: 1) remuneraciones económicas tales como asignación familiar por hijo, Asignación Familiar por Nacimiento y Adopción, ayuda escolar anual; 2) guarderías o jardines maternos que dependerá de la cantidad de mujeres contratadas que se encuentren trabajando simultáneamente en esa unidad productiva u establecimiento; 3) licencias por maternidad/paternidad.

Que el mercado sea un actor responsable en materia de cuidado implica desigualdad social ya que en nuestra región, la informalidad de empleo y las altas tasas de desempleo implica que gran parte de la población quede relegada de este tipo de prestaciones.

Comunidad: las organizaciones sociales y comunitarias ocupan un lugar central en la práctica de cuidado sobre todo en contextos de pobreza. En momentos de crisis económica, se ha visto el incremento de participación activa de mujeres en distintos espacios tales como: programas sociales, comedores, ollas populares. Las organizaciones sociales y comunitarias llevan a cabo intervenciones en el ámbito local donde se instalan, cuentan con una estructura simple y en ellas participan un número reducido de vecinxs que organizan las actividades. Los recursos que utilizan derivan comúnmente de aportes estatales, colaboraciones de vecinxs y, en algunos casos, aportes de programas de capacitaciones, micro-proyectos y otras iniciativas de agenda gubernamental. Las Iglesias, principalmente la católica y la evangelista, cuentan con una gran experiencia al respecto. Existe una “red social” por medio de la cual se registran los intercambios, conexiones y vinculamiento entre instituciones, dependencias estatales, programas sociales y grupos más o menos institucionalizados. En contextos de pobreza, las redes comunitarias permiten satisfacer algunas de las necesidades que van más allá del aspecto económico y material (Pautassi, L y Zibecchi, C, 2010).

Estado: El Estado a través de las políticas públicas y sociales es el encargado de garantizar bienes y servicios tales como: instituciones que brindan cuidado (guarderías y jardines maternales), licencias de maternidad y paternidad y transferencias de recursos económicos (para que quienes lleven a cabo la práctica de cuidado puedan hacerlo en condiciones dignas y de calidad), regulación de empleo, etc. Las políticas estatales existentes no brindan un sistema que contemple las necesidades de quienes brindan y reciben cuidado. Existen algunas políticas pero debido a la escasez, fragmentación y falta de articulación y recursos, son débiles para poder establecerse como una política de desfamiliarización.

El Estado a su vez, debe garantizar políticas de cuidado independientemente de la situación laboral de las personas y los ingresos con los que se cuentan. Por tal motivo, es necesario apostar al cuidado como un derecho público y de responsabilidad compartida y no como un derecho individual.

Las políticas públicas y sociales existentes inciden en la estructura social y la determinan, de la misma forma en que lo que ocurra en la sociedad incide en las políticas. Por eso el Estado debe garantizar políticas que disminuyan las desigualdades sociales, de clase y de género para disminuir la segregación y estratificación social.

2. 2. Responsabilidad social del Estado

Tal como fue comentado anteriormente, el Estado tiene implicancia en la coordinación y regulación entre los distintos actores con capacidad para intervención en los procesos de cuidado y desarrollo infantil, como así también en la modificación, corrección y sanción en materia normativa y legislativa. En Argentina en general y en Rosario particularmente, se evidencia la ausencia de un sistema de políticas de cuidado. La familia tiene la casi exclusividad en brindarlo y la provisión pública existe a modo de complemento, cuando las familias están imposibilitadas de hacerlo.

El registro de grandes cambios en relación a los derechos y a la visibilización de la práctica de cuidado tuvo vinculación con el “care boom” (Pautassi, 2016) que se produce a partir que las mujeres dejan en evidencia haber agotado las estrategias que históricamente mantuvieron para llevar a cabo la práctica de cuidado, en donde en la mayoría de las situaciones no encontraron aliados varones que las acompañen y asuman responsabilidad a la hora de ejercer tal práctica. Tal situación evidenció además, la falta de políticas, estructuras y recursos para sostener este tipo de trabajo.

En este sentido, se evidenció la producción teórica y práctica en relación al cuidado. Paralelamente existieron pactos y tratados internacionales que fueron brindando la estructura y apoyo para que los distintos países de la región fueran construyendo nuevas formas de pensar y garantizar al cuidado. Algunos ejemplos de pactos y tratados internacionales son: Convención contra la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW), el Protocolo Facultativo, la Convención Interamericana para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra la mujer: “Convención de Belem do Pará”, la Plataforma de Acción de Beijing (1995), la Convención Internacional de Derechos del Niño, entre otros. A partir de ellos se ha visibilizado y determinado la responsabilidad y obligatoriedad compartida de hombres y mujeres en relación al cuidado.

A partir del Consenso de Quito (2007), el de Brasilia (2010), y el de Santo Domingo (2013) entre otros es que comienza a pensarse el cuidado, no como una necesidad de provisión externa, ni como denuncia, sino como derecho (Pautassi, 2016).

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 se reconoce de manera explícita el trabajo del hogar, como actividad económica que crea valor agregado y produce riqueza y bienestar social, y el derecho de toda persona a la seguridad social. En 2007, mediante el decreto N° 5370, se inicia la cancelación de una

deuda histórica: 50.000 mujeres comienzan a percibir el 100% del salario mínimo por sus años de trabajo como amas de casa. En Argentina, en el año 2004, durante el gobierno de Néstor Kirchner, se puso en vigencia una moratoria previsional por la cual todas aquellas personas que tuvieran edad para jubilarse pero no la cantidad de aportes requeridos que exige el sistema pudieran hacerlo. Si bien el objetivo era para varones y mujeres en general, de las 2.700.000 personas que accedieron a la jubilación, el 86 por ciento eran mujeres. Por esta razón es que la moratoria terminó siendo conocida como “la jubilación para amas de casa”. La moratoria previsional encontró su fin durante el gobierno de Mauricio Macri.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, la Nueva Constitución Política del Estado, aprobada en octubre de 2008, establece en su artículo 338 que debe reconocerse “el valor económico del trabajo del hogar como fuente de riqueza que deberá cuantificarse en las cuentas públicas”. En este artículo se reconoce no solo el trabajo no remunerado de las mujeres, además se hace referencia a la necesidad de cuantificarlo en las cuentas nacionales, lo que plantea al país el desafío de desarrollar fuentes de información e implementar metodologías destinadas a la valorización económica de este recurso público no monetario.

La ley de promoción de la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres impulsada por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) de México declara de interés general las actividades orientadas a la igualdad de género y obliga al Estado a adoptar las medidas necesarias para alcanzarla. De igual modo, le encomienda el diseño del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres, que fue aprobado —luego de un proceso de consultas en todo el país— por el Poder Ejecutivo en mayo de 2007. Este programa se basa en una estrategia de desarrollo agrupada en cinco grandes áreas complementarias: social, de integración, de producción, de cultura y de innovación. En el área productiva, por ejemplo, se establece que junto con las discriminaciones en el mercado de trabajo, y al rescate de la invisibilidad del trabajo doméstico, la seguridad social debe erradicar “las discriminaciones de género en el sistema de seguridad social contemplando las diferentes situaciones de hombres y mujeres en la vida familiar y laboral”.

En nuestra región, el Estado asume una responsabilidad laxa respecto a los procesos de cuidado y desarrollo infantil. Su participación se evidencia en a) la regulación, garantización y condicionamiento de las licencias por maternidad y paternidad; b) la

oferta de servicios educativos como jardines y guarderías para niños y niñas; c) programas de corte asistenciales para situaciones de gran vulnerabilidad social; d) transferencias de recursos económicos.

No se identifica el derecho a cuidar, a ser cuidado y autocuidarse en sí mismo. Algunas políticas sociales reconocen el carácter universal y son mayoritariamente de índole económica (transferencia condicionada de ingresos). Otras mantienen el paradigma de la focalización y la alternancia y tienen que ver con situaciones particulares en donde el Estado funciona de “soporte” para acompañar a las familias. Las políticas estatales existentes no alcanzan para la realización de prevención y promoción de niños y niñas ya que la cantidad y la calidad de las mismas impide que se evidencie un sistema de políticas de cuidado adecuado.

El Estado debe asumir responsabilidad porque la infancia genera riesgo que no puede ser asumida de forma individual. La capacidad que se tenga para su manejo (bienestar) está social, política, cultural y económicamente determinada. Al igual que en otras tantas matrices, el bienestar con el que cada organización de cuidado cuenta está distribuido desigualmente. Por lo tanto, si se establece un sistema que no disminuya los índices de desigualdad social y que no habilite a un acceso justo de recursos, bienes y servicios, no podrá hablarse de un Estado equitativo ni de justicia social.

En la región latinoamericana el cuidado queda relegado al trabajo no remunerado de las mujeres. Si además se considera que quienes llevan a cabo las tareas domésticas y de cuidado de forma remunerada lo hacen en contextos precarizados y excluidas de la protección social, se puede determinar que aún no se ha contemplado la importancia que implica este tipo de trabajo para la riqueza nacional ni se lo ha considerado como un punto a tener en cuenta dentro de la agenda pública y política como sí ha ocurrido, por ejemplo, con el trabajo infantil. Es menester que el Estado reconozca la actividad de cuidado como un derecho y un trabajo.

A pesar del contexto latinoamericano, en Argentina hasta el momento no hay registros de un sistema formal de coparticipación entre los distintos actores del diamante de cuidado. Frente a este escenario son las familias las únicas responsables ante esta situación, principalmente las mujeres. El resto de los actores que forman parte del diamante de cuidado mantienen una capacidad precaria respecto a esta tarea. Las políticas de cuidado ocupan un lugar secundario en la agenda pública y política, y las estrategias existentes, frecuentemente se conciben como beneficios (y no derecho ni

protección) para las mujeres, lo que ha redundado en que su trabajo se devalúe simbólica y socialmente. Entender al cuidado como derecho implica garantizar un sistema de políticas de igualdad y no discriminación que le den sustento.

¿Qué significa contemplar al cuidado como derecho? En palabras de Laura Pautassi (2016: 149) “...que toda persona tiene derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidarse (autocuidado, que no sólo sitúa y empodera de manera distinta a cada uno de sus titulares, sino que desvincula el ejercicio del derecho de la condición o posición que ocupe –por ejemplo es independiente si tiene un régimen de trabajo asalariado formal-. Por otra parte, el reconocimiento del cuidado como derecho implica incorporar estándares y principios a la actuación de los Estados en las situaciones concretas –como lo constituye la obligación de garantizar el contenido mínimo de los derechos, universalidad, la prohibición para los Estados de aplicar políticas regresivas y la consiguiente obligación de implementar sólo medidas progresivas, el deber de garantizar la participación ciudadana y el principio de igualdad y no discriminación, acceso a la justicia, acceso a la información pública, garantías de participación ciudadanas”.

No es posible pensar una propuesta de desarrollo con equidad si no se prioriza el valor de la reproducción social, donde todo lo relacionado con el cuidado cobra una centralidad indiscutible. Paralelamente, es imprescindible desarrollar una nueva perspectiva de cuidados y responsabilidades colectivas que tienda a ser constitutiva de la ciudadanía social. Se requiere “desprivatizar” al cuidado, es decir, sacarlo de la esfera del hogar y convertirlo en tema de interés público. Lo central será dejar de tratar al tema como un problema individual para ser considerado como un problema colectivo que requiere respuestas colectivas. Deberá romperse con la disparidad entre los bienes y servicios a los que pueden acceder niños y niñas según los ingresos económicos y la situación laboral con los que se cuenta. Otro aspecto a tener en cuenta en relación a la práctica de cuidado será la presencia estatal que se registre dentro de la zona en la que cada una viva. Existe una gran diferencia de acuerdo a si se está rodeado de instituciones y actores/actrices estatales o no se los tiene. Aquello dependerá a su vez de la articulación que pueda tenderse entre las familias y lo estatal. En las zonas donde la presencia de actores/actrices e instituciones estatales exista con mayor presencia, la práctica de cuidado puede estar acompañada/guiada/compartida con otros participantes. En donde no existan estas posibilidades, el cuidado quedará exclusivamente en manos

familiares. Es decir que la corresponsabilidad estatal se determinará -entre otros factores- de acuerdo a la presencia del Estado. Quienes menos recursos económicos tienen, dependen en mayor medida de la oferta estatal ya que no existe la posibilidad de comprar en el mercado fuerza de trabajo que haga posible la repartición horas y tareas de cuidado.

Las políticas públicas y sociales deben velar por el derecho y la distribución igualitaria en las tareas que acarrea la práctica de cuidado. Es decir que el Estado debe garantizar las estructuras, el personal, los recursos, etc. para que sean las familias quienes elijan cómo organizar su cotidianeidad. El estado debe ofrecer las opciones y la familia decide, porque lo que se intenta es que se garanticen y amplíen derechos y oportunidades, no que el Estado implemente prácticas coercitivas.

La importancia de la primera infancia y de las políticas de cuidado infantil, y el hecho de que los niños enfrentan vulnerabilidades propias de su edad, más allá de aquellas que afectan a sus familias y comunidades, llama la atención sobre la necesidad de avanzar hacia una protección social sensible a la niñez. Esto es, una protección social que tome en cuenta “las desventajas sociales, riesgos y vulnerabilidades inherentes en las que los niños nacen, así como aquellas adquiridas durante la niñez” (UNICEF, 2012: 19). El foco debe estar puesto en la equidad, contribuyendo a que tanto los niños como los adultos alcancen su potencial pleno. Es decir, una protección social sensible a la niñez no es lo mismo que una protección social exclusiva de la niñez, dado que muchas de las vulnerabilidades económicas y sociales que enfrentan los niños son compartidas con sus hogares y comunidades. La protección social sensible a la niñez supone involucrar, en todo el ciclo de políticas, a sectores más allá de los tradicionales (como los ministerios de Planificación y Economía, los Institutos de estadísticas, el Poder Legislativo, y el sector privado). Además, requiere fortalecer los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación para analizar la situación de la infancia e identificar a los niños y niñas más vulnerables desde un enfoque de equidad; basar las políticas en evidencia; y promover la institucionalización de la cultura de la evaluación.

2. 3. Paradigmas de intervención estatal en la infancia

A lo largo de la historia podemos reconocer dos grandes paradigmas que han definido la forma de entender quiénes son los niños, niñas y adolescentes y, cómo se plantearon las estrategias para definir sus abordajes. En Argentina existen dos enfoques acerca de la

niñez y adolescencia, uno más antiguo plasmado en la Ley de Patronato de Menores (1919). El segundo, es el de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes que se cristaliza en Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes (2005). A pesar de quedar resabios del régimen más añejo, nos regimos y fomentamos el más reciente.

La Ley de Patronato se basa en intervenciones focalizadas, asistenciales y generalmente, estigmatizantes. Tiene como principal destinatario a menores de 18 años de edad en situación de vulnerabilidad social: son los niños en situación de abandono, riesgo material o moral, víctimas de violencia que forman parte de "malas familias", "familias mal constituidas" o, por decirlo de otro modo, familias que no se adecuaron al modelo familiar hegemónico. Para ellos, el Estado determinaba a un juez que ocupaba el rol que sus padres "no habían podido cumplir" y pasaba a tener la facultad absoluta sobre lxs niñxs. En este sentido, por medio de la ley se consideraba que eran objetos de intervención aquellos menores de edad evaluados como pobres, inadaptados, malos, influenciados, futuros delincuentes y necesitados por ser un peligro social y posibles desestructuradores del orden social. Desde este enfoque se reconoce que aquellos niñxs/adolescentes tenían una patología y que por ello no podían compartir con el resto de la sociedad y se los alejaba o encerraba. También se sustentaba en la noción de que los problemas sociales correspondían a situaciones individuales donde la familia y en particular, niños y niñas, eran los culpables.

La institucionalización de niñxs y adolescentes fue la respuesta estatal ante problemáticas sociales. Esta medida lejos de ser un lugar de contención, protección y garantía de derechos, fueron verdaderos lugares de castigo.

En el año 1989 se llevó a cabo la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) que es el tratado internacional de la Asamblea General de las Naciones Unidas que reconoce los derechos humanos básicos de los niños, niñas y adolescentes. Los principios fundamentales son:

- la no discriminación
- el interés superior del niño
- el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo
- al respeto a las opiniones y los sentimientos

En la Argentina, la reforma constitucional de 1994 incorporó a la Constitución Nacional una serie de tratados internacionales, entre ellos, la Convención sobre los Derechos del Niño y se reflejó en el artículo 75 inc. 22. A partir de entonces, dejó de entenderse a la

infancia como una etapa de preparación para la vida adulta; lxs niñxs pasaron a ser considerados personas (por el mero hecho de serlo), sujetos de derechos (no sujetos de tutela) y por ende merecedores de respeto, igualdad, dignidad y libertad. A partir de entonces se entiende que el Estado debe velar por sus derechos, los cuales son universales, intransferibles e interdependientes. Un aspecto que resalta es que la situación socioeconómica no es motivo para separar al niño de su ámbito familiar. El Estado debe promover políticas, organismos, instituciones y recursos para que queden al resguardo familiar. El poder judicial solo interviene en algunas situaciones, cuando existan problemas de naturaleza jurídica.

La CDN plantea que el paradigma de intervención es el de la protección integral a partir del cual deja de culpabilizarse al niñx y su familia por la situación y pasa a contemplarse que existen desigualdades socioeconómicas e institucionales que afectan a la familia y a la comunidad y por ende, la estrategia de intervención apoya a la familia en el cumplimiento de los derechos y obligaciones. Se proponen políticas sociales de promoción y prevención que modifiquen las situaciones que generan la exclusión de niñes; además de evitar la separación de los niños de su seno familiar y en consecuencia, la intervención del juez y la institucionalización.

Estas consideraciones quedan plasmadas en la sanción de la Ley Nacional N° 26.061 en el año 2005. La nueva ley nace como un instrumento para “reconocer y dotar de capacidad en todas sus dimensiones a los niños, niñas y adolescentes, reconociendo sus derechos y garantías como ciudadanos, su condición específica por ser personas en desarrollo, su situación absolutamente personal teniendo en cuenta su dimensión personal y social” (Stuchlik, 2005: 5).

La ley 26.061 promueve una nueva institucionalidad: el Sistema de Protección Integral de Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Este sistema se conforma por “todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (...)” (art. 32 de la Constitución Nacional Argentina).

La normativa también estableció la creación de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y familia (integrado por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y por representantes de los

órganos de Protección de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia provinciales) que tiene funciones deliberativas, consultivas, de formulación de propuestas y de políticas de concertación.

El devenir que se produce entre la ley de patronato hacia la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que implicó un cambio de paradigma entre considerar a la infancia como objeto a ser entendido como sujetos (de derechos) no fue un proceso lineal ni tampoco puede encontrarse un corte taxativo que define los límites entre un y otro paradigma. Como se mencionó anteriormente, existen resabios del paradigma anterior que generan un campo de intervención confuso y contradictorio.

La implementación total de la ley 26.061 no puede ocurrir de forma repentina, sobre todo por la revisión del marco jurídico, social e institucional que propone. Implica una verdadera reforma estatal, que que actualmente estamos lejos de concretar. Las instituciones, la administración y las políticas sociales para su garantía aún al día de hoy encuentran en un estado endeble. La reforma no puede agotarse en la calidad y cantidad de instituciones existente; es necesaria una reestructuración que implique cambios macrosociales. “... no debemos amedrentarnos y debemos darle la posibilidad de creer que es importante dar la batalla: la del cambio cultural y político. Por lo que básicamente la ley propone y esta es la cuestión de fondo, es un cambio de las relaciones de poder: cambiar la relación del niño con el adulto, del niño con su familia, del niño con el Estado, del niño con la sociedad y para ello tenemos que estar claros: necesitamos cortos, medianos y largos plazos” (Stuchlik, 2005: 6).

Las políticas en torno a la primera infancia no se desarrollan en Argentina de manera aislada sino en coordinación y paralelo con procesos más amplios que abarca a lo que ocurre en otros países de la región y del mundo en general. Así podemos visualizar que países latinoamericanos han desarrollado un sistema Estatal de políticas que brindaron sustento a la práctica de cuidado. A forma de ejemplos se cita a los siguientes países:

- Brasil: Brasil Cariñoso y Bolsas familiares; programa primera infancia mejor color
- Chile: Crece contigo (política retomada de Uruguay)
- Uruguay: Crece Contigo
- Ecuador: Creciendo Con Nuestros Hijos
- Nicaragua: Programa Amor

- República Dominicana: Empieza Contigo

El paralelismo entre los programas mencionados anteriormente evidencia condiciones y movimientos particulares de cada país; sin embargo permite visualizar la transversalidad de políticas más generales de carácter transnacional. Se evidencia el trabajo conjunto entre organismos gubernamentales y no gubernamentales (UNICEF, UNESCO) como así también otros participantes como el Banco Mundial.

La mayoría de los programas en torno a la primera infancia se apoyan y reivindica la Convención de los Derechos de niños, niñas y adolescentes -al menos en las cuestiones fundantes- entendiendo a lxs niñxs como sujetos de derechos. El objetivo planteado en cada uno de los programas es la centralidad en el derecho y el trato a la primera infancia de forma integral. Sin embargo es necesario recalcar una discusión dentro de los discursos hegemónicos en donde suele decirse que a partir de las intervenciones integrales que se llevan a cabo durante la primera infancia se puede contribuir a quebrar ciclos de pobreza, enfermedad y violencia. Esto implica situar a estas intervenciones como “resolutivas en sí mismas” dejando de lado condiciones materiales, simbólicas y estructurales que tienen alto impacto en la vida de las personas (Santillán, L: 2016).

En materia de práctica de cuidado en niños y niñas de cero a tres años de edad, en Argentina en general y en Rosario en particular, no existe un sistema de intervención con políticas de cuidado, sin embargo para la actualidad nos encontramos con un amplio consenso - al menos en palabras- de intención en abandonar los resabios del viejo paradigma para contemplar a la protección integral de niños, niñas y adolescentes. Nos encontramos con el deterioramiento de las condiciones para el armado y sostenimiento de redes intersectoriales, interinstitucionales e interdisciplinarias y la disminución de la cantidad de recursos materiales y económicos indispensables para su funcionamiento. La desarticulación existente entre los distintos actores que tienen/ deben tener responsabilidad respecto a la práctica de cuidado y desarrollo infantil implica otro factor de precarización en cuanto a las estrategias para su abordaje, generando que las familias (y casi exclusivamente quienes maternan) sean los únicos responsables de esta práctica. Dentro de la noción de la protección integral de niños, niñas y adolescentes, las estrategias de intervención en cuidado y desarrollo infantil generalmente no convocan a la familia directamente, sino que puntualiza en los de menor edad. A través de la política se moldean, determinan y organizan a las familias en particular y a la sociedad en general. La/s política/s no son neutrales y siempre tienen un objetivo dirigido. A

través de ellas se determinan las formas en que las familias llevan adelante la socialización, la crianza y la práctica de cuidado (Santillán L, 2012)

En este sentido, en la mayoría de los dispositivos de desarrollo infantil y políticas vinculadas a intervenciones en torno a las infancias si bien se plantean como protagonistas a niñxs de corta edad, a través de ellos se busca la participación de la familia y/o sus responsables de cuidado. “Lo que se pretende con este tipo de intervenciones es que los adultos asuman su responsabilidad familiar de cuidar a lxs de menor edad. Se trata de una forma de control y regulación de la familia que se constituye en el marco de una larga historia de intervenciones sobre las clases subalternas” (Santillán L, 2012). Se hacen intervenciones sobre la familia que incluyen estrategias que tienen como objetivo la recuperación y valorización de saberes que frecuentan el ámbito cercano, como así también la implicancia de estrategias que apunten a la experiencia y creencias con el fin de fortalecer y construir un entorno seguro para lxs niñxs. Las acciones tienen como destinatarios a los hogares pertenecientes a los sectores populares, y dentro de ellos a niñxs y familias con alto grado de vulnerabilidad social y con la creencia de carencia de estrategias de contención y enseñanza.

3. CAPÍTULO III

3. 1. Dispositivos de Desarrollo Infantil

Los Dispositivos de Desarrollo Infantil son estrategias que implementan las políticas estatales municipales para acompañar a las familias en el cuidado y desarrollo de niños y niñas de cero a tres años de edad.

Teniendo en cuenta que las intervenciones respecto al desarrollo infantil se definen a partir de las prácticas y procesos de cuidado y crianza es necesario recalcar, tal como se comentó al inicio de esta indagación, que el cuidado a pesar de ser una categoría intrínseca a la condición de humanos, cuenta con estudios recientes. Aun más novedosa (al menos en la ciudad de Rosario) es la existencia de propuestas estatales para intervenir de forma directa en cuidado de niños y niñas de cero a tres años de edad, como los DDI³, que resaltan dos supuestos –descriptos previamente- básicos. El primero se vincula a la conceptualización de la niñez y la infancia como categorías relacionales que no incluye sólo a niños y niñas: lxs adultxs acompañantes conforman el espacio donde ellxs habitan y se desarrollan. Por eso se destaca que las intervenciones contemplen a duplas y no a la individualidad personal, principalmente la de lxs niñxs. En segundo lugar, a partir del recorte en las edades de lxs niñxs con lxs cuales el Dispositivo considera intervenir, se evidencia la contemplación del paradigma de los “mil días” entendiendo que lo que ocurra durante este momento de la vida define –o al menos condiciona- el futuro de las personas. A partir de los enunciados retomados de las entrevistas realizadas, puede decirse que se considera que plantear estrategias con esta dinámica y edades puede ser una herramienta para determinar el bienestar presente y futuro.

3. 1. 1. ¿Cómo surgieron los Dispositivos de Desarrollo Infantil?

Para pensar en el surgimiento de los Dispositivos de Desarrollo Infantil es necesario tener en cuenta nociones mencionadas anteriormente, en especial, distintas pautas nacionales e internacionales que se produjeron desde hace más de 30 años, y fueron retomadas en este proyecto, reconociendo como hecho principal la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989) y la contemplación de les niñes como

³ En adelante DDI.

sujetos de derechos. Tal como fue planteado al inicio, la conceptualización respecto de quiénes son lxs niñxs y qué lugar se les brinda en la sociedad ha ido modificándose a lo largo de la historia; su identificación se debe a cuestiones coyunturales de procesos sociales, políticos y culturales que inciden directamente en la organización familiar en donde niños, niñas y niños son ciudadxs y criadxs.

Situándonos en Rosario, para que los DDI funcionen debieron ocurrir distintos acontecimientos que en paralelo y retomando los hechos nacionales e internacionales, brindaron la posibilidad para su existencia y funcionamiento. La ciudad -en consonancia al resto de las regiones del país- desde la década de los '80 llevó a cabo el proceso de Modernización y Reforma del Estado como consecuencia de las sucesivas crisis fiscales y con el objetivo de lograr 1) un Estado más eficiente pero que cueste menos (agilidad estatal); 2) democratización de procesos y proyectos; 3) lazos cercanos entre el Estado y lxs ciudadanos/vecinos, las instituciones públicas y las políticas sociales.

El proceso de Modernización y Reforma del Estado iniciado en la Provincia de Santa Fe (principalmente en Rosario) además tuvo como pilares fundamentales la descentralización provincial, la participación ciudadana en las nuevas formas de gestión pública; y la inclusión social, en particular, de los sectores, poblaciones y territorios más vulnerables.

El acercamiento entre lxs ciudadanxs y el Estado trajo como consecuencia el despliegue, creación y potencialización de instituciones gubernamentales y no gubernamentales de jurisdicción nacional, provincial y municipal en los seis distritos de la ciudad. Algunas de ellas fueron: Centros de salud⁴, Centros de Convivencia Barrial⁵, jardines, centros de día, clubes, comedores, bibliotecas, secretarías, hospitales, Centros de Acción Familiar⁶, entre otras. Estas dinámicas organizacionales han permitido que actualmente Rosario cuente con más de 50 CdS y 30 CCB en donde se desarrollan los DDI.

En 2008 se presentó el Plan Estratégico Rosario Metropolitana (PERM+10) del cual el Proyecto de Dispositivos de Desarrollo Infantil retomó para brindar sustento a la hora de definir sus estrategias. Allí se enuncia que las infancias son consideradas "... uno de los sectores más desprotegidos y afectados por la pobreza y la indigencia" (PERM+10, 2008) y reconoce un alto índice de niños y niñas en situación de vulnerabilidad. La

⁴ En adelante CdS.

⁵ En adelante CCB.

⁶ En adelante CAF.

infancia se presenta como un punto de real interés a la hora de llevar a cabo las intervenciones ya que, y tal como lo enuncia el PERM+10, del total de población infantil, un 41.10% son pobres y un 17.7% indigentes. Además destaca que el 15% de la población infantil presenta retraso significativo en su desarrollo y al no ser diagnosticado oportunamente puede conllevar graves consecuencias.

Las experiencias previas de intervención en desarrollo infantil -que pueden ser entendidas como los antecedentes de los DDI- acarrear aproximadamente una década y sus inicios evidenciaron intervenciones aisladas de algunos profesionales de la salud primaria que manifestaron su preocupación respecto al desarrollo saludable de niños y niñas. El Centro de Convivencia Barrial Rouillón junto al Centro de Salud Toba, el Centro de Convivencia Barrial Tío y el Centro de Salud Tío Rolo, el Centro de Convivencia Barrial San Francisquito acompañado del Centro de Salud N° 9 y el Centro de Convivencia Barrial Ayacucho vinculado al Centro de Salud Sur llevaron a cabo recorridos propios y previos a los DDI y fueron identificados como los pioneros en pensar al desarrollo infantil como una problemática; sus intervenciones plasmaron algunos lineamientos fundamentales que fueron retomados posteriormente en el proyecto. No puede plantearse el inicio de estos espacios en un año en particular porque, como se mencionó recientemente, muchos tuvieron que ver con motivaciones de los mismos profesionales que se desplegaron sin estar enmarcados en una política o proyecto particular de desarrollo infantil.

En el año 2017 la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Cultura y Educación presentaron en forma conjunta al Gabinete Social el Proyecto de Dispositivos de Desarrollo Infantil para entrelazar las acciones aisladas que se venían desarrollando en la atención y acompañamiento del embarazo, el nacimiento y la crianza de los niños y las niñas, proponiendo nuevos cursos de acción que permitan intersectorialmente, articular políticas de salud, de protección y de cuidados. El proyecto DDI se identificó como la principal estrategia de intervención dentro de un proceso general, con el objetivo de favorecer el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes desde la promoción, protección y restitución de derechos.

Estos acontecimientos hicieron posible que actualmente se encuentren funcionando de forma paralela 35 Dispositivos de Desarrollo Infantil en todos los distritos de la ciudad de Rosario.

3. 1. 2. Definiciones, objetivos y lineamientos generales

Los DDI pueden definirse como una estrategia de intervención de desarrollo infantil estatal, municipal, intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario. Basado en el paradigma de la promoción y prevención de desarrollo infantil, invita a participar de un espacio lúdico a diadas/duplas⁷ compuestas por un/a niñx junto a un/a adultx significativo⁸ que cumpla la función materna. En concordancia con lo explicitado en el proyecto, en las entrevistas realizadas se enuncia que se convoca a quienes 1) cuenten con factores de riesgo que pueden implicar complicaciones en el desarrollo del/la niñx tales como: crianzas solitarias⁹, prematuridad, complicaciones durante el embarazo, maternidad adolescente, retardo mental, psicosis, entre otros; 2) a niñxs en los que el desarrollo físico-psíquico-social no sea acorde a lo esperado según su edad; y 3) a aquellas duplas en donde no se registren vínculos de apego necesarios para el desarrollo infantil. No se presentan como dispositivos abiertos, sino como una política focalizada para algunas familias del barrio.

El encuadre de estas intervenciones se hace por medio de un Dispositivo. A diferencia de otras organizaciones, esta dinámica contempla a un grupo de personas con funciones y objetivos definidos que requiere encuentros en donde se establezcan acuerdos y pautas previas para llegar - o al menos acercarse- a un objetivo o tarea conjunta a cumplir a través de intervenciones grupales, intersectoriales, interdisciplinarias y organizadas.

Tal como queda plasmado en el Proyecto presentado al Gabinete Social en 2017, los DDI plantea como objetivo general “promover y fortalecer la Prevención y promoción

⁷ Ambos términos serán utilizados como sinónimos.

⁸ El/la adulto/a significativo es aquella persona que mayor cantidad de tiempo pasa con lxs niñxs y se constituye en su referencia, lo que entre ellxs ocurra determinará la subjetividad particular. Si bien la mayoría de las veces tiene un tinte femenino, específicamente su madre, puede ser ocupado por otrxs parientes o allegados.

⁹ La crianza solitaria puede considerarse una condición de las sociedades modernas ya que históricamente el maternaje fue realizado colectivamente con la presencia de distintas mujeres que formaban parte del mismo clan social o familia. Hoy en día es frecuente escuchar que las mujeres crían a sus hijos en la intimidad del hogar y aisladas de sus vínculos cercanos, tornándolo un trabajo solitario. La demanda constante e interrupción de sueño son factores que generan estrés, sofocación, angustia y depresión, sobre todo si se considera que se lleva a cabo durante un proceso de alteración hormonal constante. Aun cuando estos sentimientos conviven con la felicidad y el entusiasmo por la llegada del nuevo integrante en la familia, no son excluyentes. Son emociones que conviven y coexisten, no se anulan entre sí. Independientemente de la situación social y económica, quienes maternan, no cuentan con una red doméstica ni un entramado de políticas públicas y estatales que brinde soportes a la angustia, procuración, depresión y demanda que se vive durante los primeros años de vida. Y si, en paralelo este trabajo encuentra a un/a único/a encargado/a de llevarlo a cabo, puede decirse que estamos ante la presencia de miles de personas que crían solitariamente.

de desarrollo infantil integral, de niñas y niños de hasta tres años de edad, con riesgo y/o dificultad en su desarrollo en el orden de lo orgánico, subjetivo y socio-ambiental, reconociendo al niño y a la niña como sujeto de derechos y fortaleciendo la díada cuidador-niño/niña” (Proyecto DDI, 2017).

Como objetivo específico estipula:

1. habilitar a los niños y niñas en la apropiación de su cuerpo a través de elementos simbólicos de la cultura: el juego, el lenguaje, las interacciones comunicacionales y la constitución de un soporte de relaciones inclusivas a la trama social.
2. propiciar en el entorno familiar relaciones vinculares que brindan cuidado, protección, ordenamiento, establecimiento de límites continentales y experiencias acordes a su desarrollo individual.
3. sensibilizar y producir modificaciones a las comunidades sobre la necesidad de cuidar, acompañar e incluir a niños y niñas en espacios socioculturales que favorezcan su desarrollo.

Paralelamente, busca fortalecer la organización de estrategias sociales y comunitarias para el abordaje de situaciones de niños y niñas que presenten riesgos de desarrollo significativo. Por ello, “se propone contribuir a la ampliación de respuestas a la problemática del desarrollo infantil, con la necesaria participación y compromiso de todos los actores a quienes les compete alguna intervención acompañando la tarea que vienen desarrollando los equipos locales” (Entrevista profesional, 2019).

El proyecto define al desarrollo infantil desde un enfoque integral (tal como propone la ley 26.061), contemplando aspectos biológicos, sociales, culturales y simbólicos. El desarrollo de niños y niñas en los primeros años de vida requiere, además, abordajes interdisciplinarios e intersectoriales en donde se tienda al fortalecimiento parental. Se entiende al desarrollo infantil como un producto continuo de procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio. Está determinado por la información genética, acción del ambiente e interacción entre ambas.

La función parental es ejercida generalmente por mujeres que se identifican como las adultas significativas para el/la niño/a. De acuerdo a las imposiciones sociales, morales y culturales, se les asigna mayor grado de responsabilidad en el desarrollo infantil de sus hijos.

El Dispositivo proyecta intervenciones entre distintos actores presentes en el barrio y las instituciones en donde lxs vecinxs transitan sus días. Convoca la participación de las familias, de organizaciones comunitarias, y a su vez, responsabiliza a las instituciones y organismos estatales y locales. Además estipula el abordaje articulado, coordinado y organizado entre las distintas instituciones presentes.

La dinámica de intervención se desarrolla principalmente a través del juego el cual es comprendido como una estrategia de abordaje habilitador para la adquisición de hábitos, aprendizaje, alteración de conductas, y potencializador de confianza. A partir del ensayo, la repetición y la diferencia se conforman subjetividades. Retomando los aportes explicitados por una de las entrevistadas, puede decirse que, el juego es una elección humana de trato, sobre todo cuando el lenguaje no está instalado. El juego es implícito al ser humano, por eso es necesario que el adulto lo instale, propicie y no lo banalice. Cuando eso ocurre, se logra la transmisión. Si bien es una actividad que permite la individualidad, también habilita a la construcción social y compartida entre lxs de edad similar y con edades diferentes. Se considera que el juego facilita el crecimiento, el desarrollo afectivo y el cognitivo y propicia las relaciones grupales.

Dentro de la organización de equipo territorial prima la horizontalidad de poder a la hora de tomar decisiones y definir estrategias, evitando la organización autoritaria y piramidal. Esta propuesta, suele confrontar con las intervenciones que se llevan a cabo en las instituciones de atención primaria (sobre todo en los Centros de Salud) donde los lineamientos se definen principalmente por un modelo de intervención verticalista que consiste en la existencia de cargos jerárquicos determinados por la capacidad decisoria de cada uno de ellos. La horizontalidad y la inexistencia de “un/a jefe” o coordinador/a rompe con las lógicas establecidas y habilita a la construcción de vínculos y relaciones con mayor posibilidad de participación y propuesta. La facultad de plantear procesos o instancias instituyentes brinda la posibilidad de establecer intervenciones con mayor libertad, creatividad y dinamismo.

La horizontalidad también trata de establecerse entre el equipo territorial y las duplas, posicionándose como un grupo en el que si bien hay roles de poder definidos se evita generar estructuras autoritarias y absolutas. Más bien, se proyectan relaciones en donde la circulación de la palabra, la sinceridad, la confianza, conlleva a generar relaciones solidarias de intervención sin distinción o ponderación del rol que cada unx tiene asignado. Al respecto, las entrevistadas comentan que existe temor hacia el rol de los

médicos y la institución misma porque allí se despliegan estrategias que, a pesar de ser necesarias la mayoría de las veces, implican prácticas invasivas a las que lxs niñxs suelen rechazar. Se brindan indicaciones de una persona catalogada con un saber especial, profesional e inteligencia en donde existe una verticalidad difícil de contradecir. En relación al tema, una de las trabajadoras explicita que, “el consultorio generalmente te predispone a que quien sabe es el otro y todo lo que te dice es palabra santa. Cuando estás por fuera de este espacio te encontrás a la par del resto en donde ves que somos todas personas, cada uno con sus dificultades y sus posibilidades. En el dispositivo no te identifican como la ‘médica’, ‘la enfermera’ o ‘la psicóloga’, ahí estamos todos jugando, siendo pares y vinculándonos de una forma distinta al consultorio”

Sin contar con un presupuesto propio, los recursos económicos y humanos son solventados a través de los aportes que realizan las tres secretarías que coparticipan. Los trabajadores intervinientes forman parte de distintas instituciones públicas dependiente de alguna de las tres secretarías. Los recursos materiales requeridos para su desarrollo devienen en gran medida de las propias instituciones en donde se lleva a cabo el espacio. Cada secretaría cuenta con un presupuesto mínimo asignado para el desarrollo infantil que es utilizado para la compra de algunos materiales. Cada vez que se requiere comprar juguetes, artículos de librería, sillas, piso de goma, cajas organizadoras, bibliografía, etc. que se son utilizados para llevar a cabo las distintas actividades se establecen distintas estrategias con cada secretaría, principalmente con la de Salud Pública, que es la que suele solventar este tipo de gastos.

1. 3. Metodología de abordaje

Los DDI son llevados adelante por equipos con funciones y tareas específicas e interrelacionados colaborativamente. Cada espacio cuenta con un equipo territorial: a su vez existen dos equipos Técnicos de Soporte de Desarrollo Infantil y un equipo de Evaluación y Monitoreo para la totalidad de los DDI.

Los **equipos territoriales** son quienes llevan a cabo cada encuentro semanal. Tienen como función el abordaje integral a partir del contacto directo y cotidiano con diádas. Establecen la organización y el desarrollo de los espacios de juegos. Se conforman -al menos- con un/a médicx (Secretaría de Salud Pública), un/a psicólogx (Secretaría de Salud Pública o Desarrollo Social) y un/a educador/a (Secretaría de Desarrollo Social).

Además se aconseja y espera la participación de otras profesiones como fonoaudiología, enfermería, trabajo social, administración, musicoterapia, entre otros. Los **equipos técnicos de Soporte de Desarrollo Infantil** están compuestos por dos duplas intersecretaría de trabajo: por un lado una médica pediatra y una psicóloga; por otro, una médica pediatra y una fonoaudióloga. La primera dupla aborda el distrito norte, noroeste y mitad de oeste; la segunda se aboca al distrito sur, sudoeste y la otra mitad de oeste. Tienen como principal función acompañar a los equipos territoriales en la elaboración de estrategias para el abordaje de situaciones en donde haya riesgo en el desarrollo de niños. Asisten mensualmente a los espacios de retraining, articulan intersecretarías y gestionan insumos y recursos para el desarrollo de las actividades de los equipos, en función a las necesidades de los mismos. Con el objetivo de acompañar a los equipos, su participación es más frecuente es aquello que están iniciándose con el objetivo de establecer acuerdos de funcionamiento entre las instituciones y los propios trabajadores. Son quienes gestionan recursos materiales para el armado del espacio lúdico, bibliografía y otros elementos necesarios. Una vez que el equipo se encuentra conformado, guían en la decisión de quién invitar, cómo será la convocatoria, cómo planificar el espacio y las actividades a realizar con las particularidades de cada equipo.

Por su parte, el **equipo de evaluación y monitoreo**, analiza el funcionamiento de los dispositivos para luego difundir los resultados y propiciar estrategias de abordajes vinculando no solamente a los equipos mencionados anteriormente sino también a autoridades políticas gubernamentales y no gubernamentales. Sus actividades están dirigidas más bien a lo organizacional. Llevan a cabo actividades de coordinación y cuenta con representantes de las tres secretarías. Tienen a su cargo la logística de los espacios de formación en los que participan los trabajadores de Desarrollo Infantil y los marcos normativos necesarios para que estudiantes puedan participar haciendo sus prácticas o residencias.

A pesar de que el Dispositivo no cuente con un presupuesto ni equipo de trabajo propio, estos tres equipos se conforman a partir de recursos humanos y económicos que aportan las tres secretarías que coparticipan en el proyecto.

El Dispositivo plantea su desarrollo en una jornada semanal de 6 horas la cual se divide en dos momentos:

- **Momento de juego:** se desarrolla con la presencia de las diadas junto al equipo territorial. Es el momento lúdico de la jornada. Las actividades que allí se

realicen estarán definidas por el equipo territorial teniendo en cuenta los participantes presente ese día.

- **Momento de retrabajo:** participan el equipo territorial y eventualmente el equipo técnico y los de referencia. Será el momento para la presentación y/o seguimiento de diadas. También para plantear estrategias de intervención, hablar de lo sucedido, hacer preguntas, leer bibliografía y programar actividades.

Además, los equipos de DDI participan conjuntamente de espacios de capacitación o de formación. Se estiman con una periodicidad entre 3 y cuatro encuentros anuales con una duración de cinco horas aproximadamente. El objetivo reside en el armado de un espacio para la formación, aprendizaje e intercambio de experiencias entre los distintos trabajadores. Allí se espera brindar herramientas de intervención a los equipos territoriales que son los encargados de sostener los dispositivos en la problemática del desarrollo infantil. A través de conferencias y otras actividades lúdicas y recreativas se ponen en cuestión el desarrollo y los lineamientos mismos de los Dispositivos de Desarrollo Infantil. Comúnmente, las reuniones se llevan a cabo en auditorios en donde asiste una oradora referente de aspectos vinculados al Desarrollo Infantil para conversar acerca de temáticas tales como el habla, indicadores de desarrollo, el juego, las emociones, etc. Su organización y logística se encuentra a cargo principalmente del equipo de Monitoreo y Evaluación. El equipo técnico suele sugerir la temática a tratar en cada encuentro y la Secretaría de Cultura y Educación brinda los recursos económicos para solventar los gastos.

3. 2. Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un rato”

El “Apapachame un Rato” es uno de los DDI que se encuentra funcionando desde el año 2017. Desarrolla sus actividades en el Centro de Convivencia Barrial Ludueña Sur ubicado en calle Formosa 140 en el Distrito Noroeste de la Ciudad de Rosario.

El equipo de trabajo se caracteriza por ser interinstitucional e interdisciplinar. Las instituciones que forman parte son el Centro de Salud Roque Coulin (ubicado en calle Humberto Primo 2033) y la institución en donde se desarrolla.

3. 2. 1. Acerca de sus orígenes

Teniendo en cuenta las ideas planteadas en las entrevistas realizadas a distintas integrantes del Dispositivo de Desarrollo Infantil Apapachame un Rato¹⁰, se identifica que existieron experiencias previas en Atención Primaria de la Salud vinculadas al desarrollo infantil que datan de al menos diez años pero con posicionamientos y fundamentos diferentes. La desnutrición infantil había sido identificada, estudiada y problematizada como uno de las principales problemáticas en poblaciones de escasos recursos económicos, por eso su foco de intervención fue la cuestión alimentaria y con el objetivo de enseñar a las mujeres madres la forma correcta de darle de comer a lxs niñxs. Los comedores del barrio funcionaban como espacios en donde ellas eran observadas cómo lo hacían. No se registraban otras líneas de intervención como el vínculo, las tradiciones familiares, la transmisión de costumbres y saberes, de datos y detalles. Es decir, que a diferencia del Dispositivo que intenta alejarse del lugar de “enseñar a ser buena madre” y plasmar estrategias de intervención desde el enfoque holístico, estas primeras experiencias primera contaban con el foco de atención exclusivamente en la comensalidad.

Anteriormente, en el centro de salud, se había problematizado la necesidad de pensar en una propuesta grupal de abordaje de las infancias debido a que se evidenciaban situaciones de niños y niñas de distintas familias en donde se registraban pautas de alerta de su desarrollo psicomotriz, como también en el vínculo entre el/la adulto y lxs de menor edad. Las estrategias de intervención para estas situaciones se llevaban a cabo mayoritariamente de forma aislada y en la individualidad del consultorio, aunque esporádicamente algunas situaciones fueron recurrentes en las reuniones de equipo¹¹. Sin embargo hasta el momento no se habían encontrado experiencias previas en el barrio que planteen las intervenciones desde lo grupal y desde la óptica de un dispositivo. Se pensaba al CAF 16 como una institución cercana al Centro de Salud con la cual se debía articular pero no se había logrado tejer redes para su concreción. En las historias clínicas quedaba registrada la necesidad de plantear nuevas estrategias de intervención que implique brindar una nueva oferta en donde no solamente se ponga el foco de atención en niños y niñas, sino que se intente profundizar el eje de intervención. Al ser consultadas sobre por qué se logró el surgimiento del Dispositivo en Barrio Ludueña, algunas expresaron que se dio a partir de coincidencias entre las trabajadoras y el equipo técnico y el encuadre del dispositivo en general. Fue una decisión política

¹⁰ En adelante DDIAuR

¹¹ Encuentros semanales de todo el equipo de trabajo de la institución.

que se determinó por el propio interés individual, profesional y colectivo. Una de las trabajadoras comentó que a partir de distintas charlas con sus compañerxs, identificaron la gran demanda de intervención en situaciones complejas en cuanto a apego, a la crianza en general, la falta de acompañamiento y desvinculación entre los miembros de las familias y del Estado. Situaron que la niñez requería de protección y, en el barrio no existía una política de acompañamiento a mujeres madres desde ningún sector del Estado, a excepción de algunas situaciones tomadas por el CAF 16 que se encontraban atravesando historias particulares en cuanto al desarrollo infantil. Ellas, además eran socialmente crucificadas y culpabilizadas por la crianza de los niños y niñas.

La idea de que el proyecto de los Dispositivos sea considerado como una política de interés público y político implicó que pueda ser defendido y considerado desde otra perspectiva. Las experiencias previas no contaron con los mismos recursos, potencialidad y respaldo que esta iniciativa. El involucramiento de las tres secretarías brindó aún más apoyo a la propuesta.

Otro punto a tener en cuenta al entender qué era lo que estaba pasando en el barrio para pensar en la creación del dispositivo tuvo que ver con una consideración ideológica y constatación empírica al visualizar gran cantidad de familias que se encontraban atravesadas por la privación económica que condiciona la garantía de derechos vinculados al cuidado y desarrollo infantil como el acceso a la salud, a la educación a la alimentación debido a la inestabilidad institucional presente en el barrio y la situación general. Estas familias vulnerables y vulneradas son víctimas cotidianas del Estado que es el principal vulnerador de derechos. La distribución de capacidades con la que cada familia cuenta para enfrentar los riesgos está distribuida desigualmente. Tal como fue explicitado en capítulos anteriores, esta disparidad conlleva a que por ejemplo, muchas familias queden imposibilitadas de comprar trabajo remunerado para que las acompañen en el cuidado y crianza de niños y niñas generando desigualdad de oportunidades porque se determina al seno familiar como el único responsable de llevará a cabo tal tarea.

En estos escenarios atravesados por la conflictividad se desarrolla la vida de cientos de familias con niñxs pequeñxs que requieren del cuidado y atención de adultxs que no solamente deben encargarse de cocinarles, vestirlos, jugarlos, bañarlos, y hablarle afectuosamente sino que tienen que resolver previamente la forma de conseguir alimento y ropa, una ducha, agua caliente, elementos de higiene personal, etc. En

muchas familias este trabajo se hace para más de un niño y sin la ayuda de organizaciones de la sociedad civil ni de instituciones estatales, lo cual implica un gran esfuerzo por parte de quienes lo realizan, principalmente las mujeres.

La concreción del Dispositivo fue parte también del proceso general de trabajo que se llevó respecto de las juventudes. “El programa Nueva Oportunidad ofreció posibilidades para lxs jóvenes del barrio. Alguno de ellxs eran padres/madres y tuvieron la posibilidad de participar de un espacio que les ofrecía una capacitación de oficio” (Entrevista profesional, 2019). Sin embargo esta política no podía ser catalogada como un espacio de acompañamiento a esos padres/madres en la crianza de sus hijos. “No puede ser vista como un espacio en donde se lleve a cabo estrategias preventivas de visualización de parámetros alarmantes en la práctica de cuidado. Para estas situaciones, el Estado suele llegar tarde, y es por eso que vemos a padres y madres en donde la crianza los ha desbordado completamente y se encuentran atravesando ese momento solos, sin ayuda ni apoyo de nadie”. Al respecto comentan que si bien ambos espacios tienen objetivos distintos, pueden funcionar articuladamente. La idea es acompañar conjuntamente a lxs niñxs como así también a sus padres, que muchas veces son jóvenes. El abordaje intergeneracional implica una visión integral de la práctica de cuidado, que tiene fuerte repercusión en el desarrollo infantil. “Teniendo en cuenta un abordaje más integral, tal vez también haya resultados más eficaces en las intervenciones con las familias” (Entrevista profesional, 2019)

La idea de pensar en la conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario e interinstitucional fue planteada en primer lugar por una de las médicas del Centro de Salud que contaba con la experiencia de haber participado en un Dispositivo de esta índole en otro barrio de la ciudad.

En primer lugar, se presentó la idea dentro de la propia institución de salud, consultado quién tenía interés y posibilidad en participar. Una de ellas comentó que “al recibir la invitación, yo era nueva en la institución, venía de trabajar en otros lugares donde la lógica de trabajo era diferente y no se trabajaba con la comunidad tan directamente”. Estas palabras manifiestan el sentir de varixs de los trabajadores de la institución que fueron sorprendidos ante la invitación a una nueva forma de abordaje profesional. Posteriormente se convocó a trabajadorxs de otras instituciones del barrio, específicamente el CAF 16 y el Centro de Convivencia Barrial Ludueña Sur. Del Centro de Salud se presentaron entusiasmadas la trabajadora social, una de las psicólogas, una

de las enfermeras, y la fonoaudióloga. Del CCB, la coordinadora, la profesora de educación física y quien se encuentra a cargo de la cocina y organización general de la institución; del CAF 16 lo hicieron una psicóloga social y una profesora de expresión corporal.

Luego de algunas reuniones y charlas informales, el día 16 de mayo de 2017, durante la jornada matutina, se llevó a cabo la primera reunión del Dispositivo de Desarrollo Infantil en donde participaron lxs trabajadores nombrados anteriormente. Además estuvieron presentes lxs directivos de cada una de las instituciones, el equipo técnico y estudiantes de trabajo social. En aquella jornada se presentó a cada unx de lxs asistentes, a las instituciones y a los equipos. Además se comentaron algunos lineamientos generales del funcionamiento, experiencias anteriores en otros barrios, las intenciones de quienes formaban parte. Posteriormente se leyó bibliografía relacionada al tema brindado por una de las trabajadoras y se cedió la palabra a quienes quisieron hacer preguntas.

Los primeros encuentros constaron en proceso de formación y capacitación a través de los saberes de cada uno de los integrantes y de lectura bibliográfica sugerida por el equipo técnico. A partir de establecer un marco teórico compartido, comenzó el proceso de pensar los lineamientos generales del Dispositivo para luego definir quiénes iban a ser las duplas que a las que se iba a invitar. Esta última actividad se realizó en conjunto con los equipos de referencia. Los encuentros matutinos los días martes continuaron su curso hasta que en el mes de octubre comenzaron a participar las duplas. Este proceso no fue lineal y sin obstáculos: la apertura interdisciplinaria e interinstitucional si bien permite procesos de intervención más profundos, también se desarrolla con mayor complejidad, sin embargo no se registraron grandes dificultades. La alegría y el entusiasmo fueron sentires compartidos por los integrantes del equipo territorial, sobre todo por la idea de pensar y apostar a intervenciones conjuntas por fuera de la institución de trabajo y acompañada por un equipo que desde el primer momento tejió sus lazos desde la horizontalidad. Esto evidencia la necesidad invisibilizada de la participación en espacios donde la comodidad y el bienestar laboral se hagan notar.

3. 2. 2. Equipo de trabajo

El Dispositivo de Desarrollo Infantil “Apapachame un Rato” se condice con la lógica organizativa planteada para los dispositivos en general. Cuenta con la participación del equipo territorial, el equipo técnico de soporte de Desarrollo Infantil y el equipo de evaluación y monitoreo.

El **equipo de monitoreo y evaluación** se conforma con un/a referente de cada una de las Secretarías intervinientes. No tiene contacto directo con las duplas ni con el equipo territorial, sus intervenciones se desarrollan de forma indirecta, principalmente a través del equipo técnico. Una de sus principales funciones recae en la organización de las Capacitaciones a las asiste el equipo territorial esporádicamente. En estos espacios, los trabajadores se ponen en contacto con otros e intercambian experiencias, conocimientos y saberes y además, suelen participar de conferencias brindadas por referentes en el Desarrollo Infantil con la intención de que las experiencias aprendidas en esas jornadas puedan luego servir de herramientas para la intervención cotidiana.

El **equipo técnico de Soporte de Desarrollo Infantil** se compone de una médica pediatra (Secretaría de Salud Pública) y de una psicóloga (Secretaría de Desarrollo Social). Asiste al dispositivo con una frecuencia mensual a las jornadas de retraining.

Su participación en el Apapachame un Rato se desarrolla desde los primeros encuentros en donde el equipo llevaba a cabo el proceso de formación. En aquella instancia hizo entrega de bibliografía sugerida para poder analizar conceptos y estrategias necesarias y establecer un marco teórico compartido entre los integrantes del equipo territorial. También fueron las gestadoras de la llegada de los primeros materiales lúdicos del espacio (pisos de gomas, juguetes, instrumentos sensoriales, bloques de goma espuma, etc).

Este equipo tiene como principal función la gestión de lazos institucionales. Desde el primer momento acompañó al equipo territorial en la conformación del grupo, brindando conocimientos, experiencias, trayectorias y haciendo conocer algunos lineamientos generales del proyecto. Asistiendo a cada una en lo individual y al grupo en general en el comienzo de una forma distinta de intervención, basada en la horizontalidad y el trabajo en equipo.

A partir de las entrevistas realizadas, manifiestan que uno de sus objetivos es poder establecer vínculos intersectoriales e interinstitucionales para que el dispositivo pueda desarrollarse con sus potencialidades máximas. Es decir que el Equipo técnico, si bien no despliega sus actividades en el contacto directo con las duplas, sí interviene en

aspectos de “segundo nivel” para que el Dispositivo pueda desarrollarse a través de reuniones con coordinadores y directores de las distintas instituciones del barrio como así también del Distrito y las secretarías intervinientes.

El **equipo territorial** es interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional. Actualmente lo conforman la trabajadora social, psicóloga, enfermera y médica pediatra de forma continua; y, esporádicamente, odontóloga y fonoaudióloga del Centro de Salud Roque Coulin; y del Centro de Convivencia Barrial Ludueña Sur un musicoterapeuta. La primera institución dependiente de la Secretaría de Salud Pública y la segunda, de la Secretaría de Desarrollo Social. Son quienes acompañan personal y presencialmente a las duplas en cada encuentro que se lleva a cabo los días martes. Deciden en conjunto qué actividades realizar, cómo hacerlas y cuáles son los lineamientos generales del dispositivo.

La participación interdisciplinaria permite pensar estrategias integrales, contextualizadas desde diferentes enfoques y contemplando la complejidad. Esta organización es habilitadora para que los saberes se construyan teniendo en cuenta los aportes/conocimientos/experiencias con los que cada trabajador cuenta.

Que el equipo de trabajo se conforme con trabajadores e instituciones del barrio permite que, en la mayoría de las situaciones, las duplas sean conocidas por varios trabajadores del equipo. Esto conlleva a que los saberes de la trayectoria familiar sean aún mayores y además, que de las estrategias que se llevan a cabo en el Dispositivo ocurran paralelamente con la de otros espacios. La conformación de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales difiere de las dinámicas que se llevan a cabo cotidianamente en el resto de los lugares de trabajo. En el caso del Centro de Salud, las actividades generalmente se realizan al interior de un consultorio y en la individualidad profesional. Según se determine, algunas situaciones pueden ser escuchadas e intervenidas por más de un profesional. Las reuniones de equipo son espacios propicios para pensar interdisciplinariamente algunas situaciones, sin embargo, son pocas las veces que puede hacerse debido a que en estos momentos suele discutirse sobre otros temas. A diferencia de las intervenciones en la institución de salud, en el dispositivo se establece la posibilidad de plantear estrategias desde la lógica de la horizontalidad entre los trabajadores y las duplas, y además, considerar que todo el proceso de intervención es interdisciplinario, desde la presentación de la dupla, la escucha, la planificación de estrategias y la puesta en acto del propio cuerpo.

Como se mencionó anteriormente, la participación del total de lxs trabajadores no se lleva a cabo con la misma frecuencia. Algunxs lo hacen de forma continua e ininterrumpida y otros esporádicamente. Tal situación se debe a que existe un real interés suyo en poder participar del espacio pero las condicionalidades no permiten hacerlo. Por eso fue considerada esta modalidad, entendiéndolas como parte del equipo territorial. Ambas trabajadoras tienen conocimiento de las trayectorias individuales y familiares de las duplas como así también del dispositivo mismo. Se considera que su participación implica grandes aportes a la hora de intervenir en relación al desarrollo infantil.

Tal como se nombró en el apartado anterior, se sugiere que para que el Dispositivo se desarrolle debe contarse con la participación de un/a médico/a, un/a psicólogo/a y un/a educador/a. En el Apapachame este equipo está garantizado ya que están presentes las tres profesiones que intervienen conjuntamente con otras. La sugerencia de la participación a esas tres disciplinas fundamentalmente recae en la idea de que son esenciales en la visualización de factores de riesgo y pautas del desarrollo del niño y además, interviniendo en conjunto con otras, se considera que cuentan con herramientas para poder abordar la cuestión del desarrollo infantil. Generalmente los factores de riesgo biológicos y físicos son intervenidos por la medicina; lo contextual a la situación, por psicología (por vincularse con la salud mental); y, debido a que la dinámica se establece a partir del juego principalmente, se considera fundamental la participación de un/a educador/a que no necesariamente debe ser un/a maestro/a de nivel inicial, sino que se tiene en cuenta a quien pueda realizar aportes pedagógicos.

En relación a la especificidad de las profesiones, no existen campos definidos y absolutos para cada una de ellas, sin embargo en el imaginario social y profesional se distinguen a algunas como las que mayor habilitación tiene para tratar ciertos temas. Es de gran interés la participación del resto de las disciplinas que conforman el equipo debido a que aportan saberes, metodologías, conceptos que fortalecen y complejizan las intervenciones que se llevan a cabo en cada encuentro. Si se tiene en cuenta a la salud integral, es fundamental el abordaje interdisciplinario e intersectorial con el objetivo de evitar la patologización de las infancias.

Desde el primer día en que el Dispositivo comenzó a desarrollarse, se contó con la presencia de una médica pediatra y de una psicóloga, ambas trabajadoras del Centro de Salud y por ende dependiente de la Secretaría de Salud Pública; sin embargo, la

asistencia de un educador (dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social) se evidencia desde los primeros meses del año 2018. En general, en los DDI la presencia del educador se encuentra garantizada por la intervención en primera infancia del CCB. Sin Embargo, el de Ludueña Sur no aborda este rango etario. El educador que asiste, a diferencia del resto del equipo de referencia, no se encuentra trabajando de forma permanente en algunas de las instituciones del barrio, sino que fue invitado a participar desde la Secretaría de Desarrollo Social como estrategia para garantizar la coparticipación de las secretarías.

La médica pediatra que propuso e incentivó la conformación del Dispositivo en el barrio participó del momento de la organización y capacitación del grupo siendo parte del equipo del trabajo del Centro de Salud. Sin embargo, al poco tiempo trasladó su carga horaria a otro Centro de Salud de la ciudad. Si bien su jornada de trabajo la realizaba en la nueva institución, continuó participando en el Dispositivo de forma paralela. Su actitud fue valorada por el resto del equipo debido a que además de brindar un gran acompañamiento al equipo y a las duplas, también contaba con experiencias previas que fueron de gran sustento para todxs. A pesar que el equipo pudo canalizar las demandas a la institución de salud, en algunas situaciones se evidenciaron complicaciones debido a que su partida de la institución no implicó el ingreso inmediato de otrx médicx pediatra. Como consecuencia por un período de tiempo (acotado) no se encontraba en el barrio trabajando una médica pediátrica que pudiera constituirse como equipo de referencia y lleve a cabo los controles vinculados con el desarrollo infantil.

La lógica de participación del equipo territorial del Dispositivo no se refiere a una disposición obligatoria sino que recae en el interés personal y profesional y, en segundo lugar, a la condicionalidad para que pueda hacerlo (por ejemplo, la disponibilidad horaria).

Si bien pueden ocurrir fluctuaciones dentro del equipo de trabajo, lo que se espera es que haya cierta continuidad para lograra un mayor seguimiento y profundización de las intervenciones. El cambio constante puede generar hasta desconfianza y descontento entre el equipo y las duplas. Si lo que se intenta es acompañar en la crianza de las duplas, se considera necesaria la concreción de vínculos de confianza para lograr intervenciones planificadas.

A pesar de no ser mencionados en el proyecto, para que el DDIAuR puede desarrollarse fue necesario contar con la participación del **equipo de referencia**. Se conforma de

trabajadores de las instituciones del barrio y por eso pueden coincidir con algún miembro del equipo territorial. Asisten mensualmente a los espacios de retrabajo junto al equipo territorial. Tienen a cargo actividades como: 1) transmisión de conocimiento al equipo territorial acerca de la situación individual, familiar, social y contextual de la dupla; 2) Invitar a las duplas a participar del Dispositivo y acompañarlas en su inicio; 3) pensar de forma conjunta con el equipo territorial estrategias de intervenciones tanto en el Dispositivo como por fuera de él y, 4) analizar los procesos de participación de las duplas. Es decir que su intervención no culmina con la presentación de la situación familiar al equipo territorial sino que debe hacerse presente durante todo el proceso en que la dupla asista al dispositivo o haya intención de que lo haga. Se tiene en cuenta que los equipos de referencia son los que ven con frecuencia o tienen mayor contacto con las duplas por fuera del Dispositivo. Por ello, su trabajo no se plantea como una simple “derivación”¹² sino que implica trabajo junto al equipo territorial desde la interdisciplina, interinstitucionalidad y la conformación de la red.

Particularmente, en el DDIAuR, la constitución de un o más trabajadores como equipos de referencia se da a partir de dos circunstancias. La primera se vincula con el/la médico con el que la familia o el niño se atiende, considere atinada la participación de la dupla en el dispositivo por evidenciar pautas de desarrollo que no se adecua a la edad del niño, que no existe cierto registro de identificación vincular entre ambos o a que se cuenta con factores de riesgo para el desarrollo del de menor edad. En este caso, el/la médicx (acompañado o no por otro profesional), debe contactarse con el equipo territorial y pactar un encuentro para presentar la situación individual, familiar y contextual de la dupla. Si el equipo territorial lo considera pertinente, el equipo de referencia realiza la invitación a la dupla y, si esta acepta, comienza su participación. La segunda circunstancia tiene que ver con la presentación de una dupla al equipo territorial de un trabajador que no sea médicx, (puede ser otro profesional, vecinx del barrio o alguna dupla que ya asista al espacio). En ese caso, el equipo de referencia indaga acerca de cuál es la institución médica de referencia de esa dupla, contacta a su médico habitual y, a partir de la entrevista y discusión de la situación, se define si es pertinente que se haga la invitación y si ese profesional se encuentra dispuesto para ser su equipo de referencia.

¹² La “Derivación” es un término utilizado frecuentemente en el ámbito de las instituciones de salud e implica el paso de responsabilidad de un actor/ institución a otro.

Si bien se considera que todxs lxs profesionales pueden constituirse como equipo de referencia, ambas estrategias ponen en evidencia la importancia médica en las estrategias de intervención. Está presente la noción de que esta profesión, además de ser quien lleva a cabo los controles del/la niñx, tiene la capacidad para analizar y determinar si los indicadores de desarrollo son adecuados para su edad (comportamientos auditivos, del habla, lo corporal, y en general, etc). Además, se tiene en cuenta que la iniciación de atención en las instituciones de salud se llevan a cabo principalmente por la consulta con un/a médicx. La intervención de psicología, trabajo social, fonoaudiología, etc, suele ser posterior. Esto implica que el anclaje médico siempre está presente, salvo excepciones.

La mayoría de lxs niñxs que conforman la dupla participante en el dispositivo atienden sus cuestiones de salud biológica con un/a médico/a pediatra; sin embargo se tendrá que tener presente que en muchas situaciones lo hacen con médicos generalistas. Por lo tanto el equipo de referencia tendrá en cuenta a aquél médico que conozca y lleve a cabo los controles del/la niñx, independientemente de la especialidad que tenga. Para evitar confusiones, creo importante aclarar que este equipo se constituye con la presencia -al menos- un/a médicx que puede estar acompañada de otro profesional que tenga conocimiento de la situación. La mayoría de las duplas acude al Centro de Salud Roque Coulin, sin embargo existe la posibilidad de una dupla que participe del Dispositivo Apapachame un rato y que su médico de referencia se encuentre en otra institución de salud pública como por ejemplo el Centro de Salud Ramón Carrillo o el N° 47 (Barrio Toba) que son aledaños al nombrado anteriormente. En este caso, el equipo de referencia será de esta institución.

Si bien se tiene en cuenta la dimensión de salud desde el paradigma de salud integral se destaca el enfoque médico, no por ello hegemónico. Las condicionalidades respecto a lo vincular también es importante, sin embargo el desarrollo biológico y físico de los niños que es analizado por la medicina clínica o pediátrica es uno de los principales puntos a tener en cuenta a la hora de decidir a quién invitar.

El equipo de referencia, además, puede acompañar a la dupla durante los primeros encuentros hasta que se establezcan algunos vínculos de confianza y/o acercamiento. Algunas mujeres que participan por primera vez se muestran temerosas, tímidas y hasta con miedo. El equipo de referencia es quien acompaña hasta que la dupla conozca al resto del grupo. Este tipo de intervenciones pone de manifiesto la multiplicidad de

estrategias que llevan a cabo los trabajadores de las instituciones presentes en el barrio que se constituyen como equipo de referencia. La incorporación a un nuevo espacio puede generar rechazo, pero si se encuentra acompañada por otra persona ese rebote puede disminuir sus posibilidades.

El vínculo entre el equipo territorial y el equipo de referencia debe ser constante. El Apapachame un Rato sugiere encuentros mensuales para poder llevar a cabo intervenciones adecuadas. Si no existe la comunicación, no se puede intervenir con la potencialidad esperada.

Que uno o más profesionales se presente como equipo de referencia es una decisión personal y profesional, no existe una obligación a constituirse como tal. Sin embargo, se evidencia gran entusiasmo de parte de estos equipos a que las duplas participen del Dispositivo. Existen cuestiones relacionadas con el desarrollo biológico y con lo vincular que exceden a las intervenciones que pueden llevarse a cabo en el consultorio. Se ha escuchado que algunos médicos “no saben qué más hacer” y en esa situación consideran al espacio como una estrategia de intervención. La soledad en el consultorio frente a situaciones de gran complejidad es un disparador a pensar en otras formas de intervención porque la situación lo requiere y por considerarlo pertinente. Ante esta situación, el Dispositivo cuenta con una organización que además de intervenir con la dupla en sí misma, lo hace con los equipos de referencia.

Debido a las fluctuaciones de médicos en las instituciones de salud, el equipo territorial en algunas ocasiones pierde contacto con los equipos de referencia. Ocurre generalmente que entre los profesionales que egresan de las instituciones y los que ingresan se lleva a cabo el “traspaso de información” por lo que los conocimientos, seguimientos y estrategias son tenidas en cuenta con los nuevos trabajadores. Otras veces esos no ocurre, registrándose una desconexión y desorganización del acompañamiento a las duplas. Si profesional/es dejan de considerarse como equipo de referencia, deberá buscarse otros que puedan ocupar este lugar. Lo ideal es que ocurra un encuentro entre el equipo territorial y el equipo de referencia para conocerse y continuar con estrategias de intervención.

3. 2. 3. Momentos de intervención

Siguiendo con los lineamientos generales del Dispositivo, se evidencian tres momentos en la organización de cada encuentro: el momento lúdico, el de retrabajo y las capacitaciones.

Momento lúdico: Se desarrolla de 9:30 a 11 hs. Participan las duplas y el equipo territorial exclusivamente. Se llevan a cabo distintas actividades, dependiendo el objetivo planteado. Si bien no se definen estructuras absolutas, se identifican en cada encuentro actividades de bienvenida, actividades de estímulo sensorial, motriz y/o afectivo y para finalizar, un desayuno o colación grupal.

El momento lúdico comienza con la recepción de las duplas que encuentran uno o dos elementos que permiten dar la bienvenida, hacer el saludo y entrar en confianza. Uno de los elementos, a modo de ejemplo, es un par de rodillos que se intercambian permitiendo la conexión entre los niños y el/la adultx acompañante. Se utiliza hasta la llegada de la totalidad de las duplas. Posteriormente, se lleva a cabo la bienvenida conjunta a través de una canción y luego se desarrolla otra actividad programada como canciones, lecturas, obra de teatros, actividades prácticas y manualidades que se presentan en forma de juego a través del cual se plantea acunar, tener tacto con ciertos elementos, poner en movimiento el cuerpo, etc. Para finalizar, de forma conjunta se toma el desayuno. Este momento consta de una reunión alrededor de una mesa compartida por el equipo territorial y las duplas en donde se ingieren lácteos o infusiones acompañado de galletitas, cereales, tostadas y/o frutas.

Momento de retrabajo: se desarrolla en dos etapas: de 8:00 a 9:30 y, de 11 a 13 hs. La primera tiene como objetivo el armado del espacio, desplegando elementos y materiales para la construcción del espacio lúdico. La segunda, es el momento de retrabajo propiamente dicho. Allí se invita a participar a equipos de referencia con el objetivo de presentar nuevas situación de duplas como así también comentar conjuntamente cómo se está llevando a cabo el proceso de participación. Es el momento para que el equipo pueda comentar lo vivido, lo sentido, y lo que impresionó. También para hablar de lo ocurrido en general y planificar las actividades para los encuentros próximos. La interdisciplina puede evidenciarse a través de lo expuesto por una de las trabajadoras. “Es un espacio muy interesante porque intercambiamos ideas, a veces sobre la misma situación vimos y consideramos cosas completamente distintas”, expone una de las integrantes del equipo territorial.

Capacitaciones: continuando con lo comentado previamente, los días en que se llevan a cabo estos espacios de formación, no se interviene con las duplas. Los conocimientos allí adquiridos son discutidos y puestos en práctica en los encuentros siguientes.

3. 2. 4. ¿A quiénes se invita a participar?

Se invita a participar a duplas que se constituyen entre un/a niño y un adultx significativo, que generalmente es su madre por ser quien asume la responsabilidad de su cuidado. A pesar de que en la mayoría de las situaciones la realidad se presente con esta organización, cada invitación tiene en cuenta la particularidad de cada organización de cuidado. Al respecto una de las entrevistadas comenta que “Puede ser madre, puede ser padre, la hermana, la prima, como también tía o abuela. No es exclusiva la dupla” (Entrevista profesional, 2019).

Amparados en el paradigma de la prevención y promoción de Desarrollo Infantil, a la hora de invitar se priorizan aquellas duplas en donde se encuentren presentes factores de riesgos tales como embarazo adolescente, violencia familiar, dificultades intelectuales, consumo problemático de sustancias psicoactivas, nacimientos prematuros, ausencia y debilidad en lazos afectuosos y de apego necesarios para la crianza, maternaje en soledad, etc. Se espera que a través del acompañamiento a las duplas que implica distintos tipos de intervenciones, estos factores disminuyan y se potencie el desarrollo infantil de lxs niñxs. En muchas situaciones, el Dispositivo “llega tarde” y se evidencian registros de desarrollos vulnerables. Sin embargo, las intervenciones durante los primeros años de vida, que es donde mayor neuroplasticidad hay, pueden disminuir el riesgo ante la presencia de tales factores.

La lógica en la composición de la dupla obedece a construcciones, trayectorias y procesos sociales, económicos, políticos, morales y culturales. Tal como intentó aclararse previamente, la organización social del cuidado, si bien identifica a cuatro actores principales (Estado, mercado, sociedad civil y familia) con capacidad de brindar bienestar, la responsabilidad que cada uno asume evidencia una diferencia abismal. Como es sabido, la familia es quien adopta el mayor grado de compromiso a la hora de brindar cuidados y acompañar a lxs niñxs en el proceso de crianza y desarrollo infantil. Incluso, dentro del ámbito familiar, existe un tinte de género que identifica a las mujeres (o a quienes cumplen la función materna) con el compromiso y la obligatoriedad de hacerlo. La organización familiar de cuidado no se define a partir de discusiones y

acuerdos democráticos sino que existen consensos patriarcales empapados de desigualdades de género y la división sexual del trabajo que determina que en familias biparentales, sea generalmente la mujer la que tenga la exclusividad de este trabajo que, además de no ser remunerado, se realiza sin valoración ni reconocimiento social. Se ha constatado que quienes han asistido al DDIAuR han encontrado grandes dificultades a la hora de conseguir trabajo remunerado. Se debe a que la oferta laboral es cada vez menor, sobre todo para aquellas personas que no cuentan con estudios de formación y capacitación. Pero además, quienes llevan a cabo la práctica de cuidado en exclusividad, encuentran grandes limitaciones debido a no contar con otro actor que pueda cumplir tal tarea, ni siquiera algunas horas al día.

En este marco, se evidencia al DDIAuR como una intervención desmercantilizada debido a que la situación de quienes participan y sus posibilidades de supervivencia y reproducción social no dependen de la relación con el mercado por encontrarse desempleadxs. Sin embargo, al identificar quiénes son invitadxs a participar, se constata que en materia de acompañamiento a familias en el cuidado y crianza de niños y niñas, el Estado interviene como “última frontera”, es decir, cuando la familia se encuentra imposibilitada o con serias dificultades para hacerlo.

A su vez es importante destacar el alto grado de familiarización que el DDIAUR en particular y los DDI en general contemplan. Como venía mencionándose, de acuerdo con la organización de cuidado de cada dupla, se reconoce a la familia, y en especial a las mujeres madres como las únicas y exclusivas responsables de brindar cuidado. Si bien es considerable y valiosa la responsabilidad que asume el Estado en acompañar a las familias en este proceso, no logra crear instancias de desfamiliarización en los términos que Esping-Andersen (2000) lo plantea. Retomando lo explicitado en el párrafo precedente, la familiarización tiene gran incidencia negativa en la posibilidad de crear procesos de mercantilización, es decir la obtención de los bienes y servicios necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas por medio del mercado.

3. 2. 5. Cambios en la organización: avances y retrocesos

Las actividades que se realizan y la dinámica de organización de las mismas fueron modificándose como consecuencia del avance de experiencia, de conocimiento y de las particularidades del grupo. Como toda experiencia nueva y novedosa, las trabajadoras destacan que al inicio, no estaban claros ni precisos los lineamientos del Dispositivo.

Existía confusión respecto de qué hacer, los objetivos a cumplir y el funcionamiento en general. Sin embargo, el acompañamiento del equipo técnico, las capacitaciones y la acumulación de la experiencia fueron instancias habilitadoras para definir el rumbo y dar respuestas al por qué de cada encuentro, permitiendo lograr la dinámica del grupo y del Dispositivo.

En relación al desayuno/colación que se lleva a cabo, en un primer momento, se planteaba como la actividad inicial de la jornada debido a distintas manifestaciones de quienes concurrían al espacio que no habían tenido la posibilidad de ingerir ningún alimento hasta ese momento. En palabras de una de las trabajadoras, “pensábamos que si no habían comido nada tampoco iban a tener fuerzas y ganas de jugar”. Lxs niñxs, al llegar, mostraban mayor interés en jugar con los elementos que había distribuidos que en sentarse alrededor de la mesa a ingerir alimento. Esto generaba desorganización en cuanto a las actividades y los objetivos planteados ya que la mayoría se levantaban de la mesa y se generaba alboroto. Como consecuencia, se decidió que este momento se desarrolle al final de la jornada. Sin embargo no pueden determinarse tajante los momentos, es decir que si algún participante manifiesta tener hambre al inicio, no se niega la ingesta de alimentos al mismo tiempo que no se obliga a participar de la colación a un niñx que no está interesado en hacerlo ni es convocado por el adulto acompañante ni por el equipo territorial.

Cuando el Dispositivo inició, se contaba con la participación de dos trabajadoras del CAF 16 que durante los primeros meses del año 2018, debido a circunstancias institucionales y personales, dejaron de participar. Esta situación tuvo gran repercusión dentro del equipo debido a que si bien ningún/a de lxs trabajadores es indispensable para el desarrollo del Dispositivo, los aportes que hacían en relación a conocimientos, experiencia, vinculaciones, etc. tenían gran incidencia tanto en las actividades como también en la vinculación con el grupo. Su partida no implicó el reemplazo de otras trabajadoras de esa institución, y si bien durante un período acotado de tiempo asistió a las reuniones de retrabajo la coordinadora de esa institución, actualmente no se considera al CAF 16 a la hora de definir estrategias interinstitucionales.

En un primer momento, las actividades que se realizaban se definían a partir quienes asistían ese día. En este sentido, las trabajadoras del CAF eran de gran importancia a la hora de definir qué hacer; ellas contaban experiencia en relación a la organización de actividades a las que las duplas se acoplaban rápidamente; el resto del equipo

acompañaba y asistía. El transcurso del tiempo, el fortalecimiento como equipo, la participación en las capacitaciones y el encontrarse con mayor experiencia redefinió las actividades, los roles y las dinámicas. Actualmente a la hora de decidir qué hacer se tienen en cuenta las edades de los asistentes y los objetivos de intervención. La presencia de edades con diferencia significativa ha planteado la posibilidad de separar las actividades y los espacios de trabajo para lo cual el equipo consideran dividirse. “Las actividades serán definidas de acuerdo a las edades y a lo que se quiera trabajar” concluye una de las trabajadoras.

En relación a la dinámica del equipo territorial pudo hacerse una evaluación general del recorrido transitado respecto al funcionamiento, los sentires, los intereses, los aspectos positivos y también de los negativos. “Fuimos conociéndonos como grupo y actualmente nos encontramos con un equipo que está abierto a la posibilidad de dialogar, en donde nos sentimos cómodos a la hora decir qué fue lo que nos gustó y qué no, si nos sentimos incómodos, si queremos cambiar algo, eso ayuda a seguir creciendo en un ambiente en donde estamos a gusto de participar” (entrevista, Profesional, 2019). Actualmente el Dispositivo no cuenta con la participación de duplas debido distintas situaciones conflictivas: traslados, ausencias, falta de reemplazos, contrataciones precarias/contrataciones temporales son algunos de los factores que determinan que muchas duplas no tengan la posibilidad de recibir un acompañamiento adecuado o que ni siquiera puedan ser presentadas en el dispositivo por un equipo de referencia. Particularmente el Centro de Salud Roque Coulin - institución que mayor cantidad de duplas ha presentado- por el momento se encuentra atravesando algunas situaciones que inciden negativamente en el Dispositivo. A menudo el centro de salud funciona como las guardias del hospital y los médicos que allí trabajan no pueden destinar el tiempo necesario ni profundizar la mirada y la escucha a muchos pacientes que podrían ser invitados al dispositivo porque para eso se necesario tiempo, interés y proyección. “Es una pena ver que hay mucho interés de poder hacerlo pero no contamos con la organización necesaria para lograrlo” comenta una de las trabajadoras. A muchas de estas duplas actualmente, “no se las está mirando, no se las está escuchando” invisibilizando situaciones a las que el Estado no puede ofrecer acompañamiento.

La situación del Centro de Salud repercutió fuertemente en la dinámica del Dispositivo. La oscilación en la institución de salud coincidió con la oscilación misma de los trabajadores donde la movilidad de los médicos y su inestabilidad hace que las

convocatorias se encuentren endeble. La inestabilidad de los trabajadores y de las instituciones ha tenido fuerte repercusión en la organización del Dispositivo. Las estrategias de intervención no implican intervenciones fijas e instantáneas sino que requieren de equipos de referencia que puedan sostener intervenciones prolongadas acompañando a las familias.

La turbulencia de modificaciones en los equipos de referencia y del equipo territorial fueron algunas de las causantes para que actualmente en el Dispositivo no estén participando duplas y que el equipo se encuentre en una instancia de reelaboración de las estrategias de intervención. Sin embargo se ha expresado que las invitaciones a duplas se retomarán prontamente, en donde los cambios en el equipo territorial y los de referencia estarán asentados.

3. 2. 6. Acompañamiento estatal en los procesos de crianza, cuidado y desarrollo infantil

¿Qué función tiene el Estado respecto a los procesos de cuidado y crianza infantil? Para brindar alguna respuesta es necesario tener en cuenta ciertas consideraciones. Como se mencionó previamente, a pesar de estimar que es una definición abstracta, el Estado es el principal responsable en la distribución de las capacidades ante riesgos. Cabe recordar, que la infancia genera riesgo y por ende este actor debe tomar responsabilidad. ¿De qué forma lo hace? A través del establecimiento de distintas políticas públicas y sociales que dan sustento a múltiples intervenciones a través de programas, proyectos, instituciones, recursos, etc.

Retomando la discusión que fue explicitada en el segundo capítulo de esta indagación en relación a los paradigmas de intervención en la infancia, considero que el DDIAuR se referencia con el enfoque de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. A pesar de que los DDI se planteen como una propuesta focalizada para un número reducido de vecinos y vecinas del barrio, debe ser descartada su vinculación con el paradigma de Patronato de Menores. Esta afirmación se justifica en que las intervenciones que se realizan excluye la idea de culpabilizar a las familias por la situación económica, social y vincular en las que llevan a cabo la crianza y desarrollo infantil. Se reconoce que cada coyuntura y trayectoria se debe a procesos más amplios; esta idea es retomada por el Estado, particularmente por las instituciones públicas y sus trabajadores que son quienes estimulan retomar el proyecto de Dispositivos de

Desarrollo Infantil para acompañar a las familias en los procesos que la primera infancia requiere, reconociendo la responsabilidad que les confiere y utilizando las herramientas y capacidades que se encuentran a su alcance. Incluso, se reconoce al DDIAuR como un dispositivo de promoción y prevención para modificar las situaciones que generan la exclusión de niños; además de evitar su separación del seno familiar y en consecuencia, la intervención del juez y la institucionalización.

Retomando oraciones previas, se reconoce que la pobreza, el desempleo, la inadaptación a las reglas sociales establecidas no pueden considerarse como patologías sobre las cuales es necesario intervenir, más bien son enmarcadas dentro del sistema capitalista que genera desigualdades, la cual existe en paralelo con sistemas de políticas públicas y sociales que generalmente no solo no son capaces de brindar respuestas reales y concretas frente a tanta desigualdad e injusticia social, sino que además, muchas veces la generan.

Se distingue que lxs niñxs no son meros “adultos pequeños” sino que cuentan con derechos que deben ser garantizados por el hecho de ser. Si bien en Argentina el cuidado no es considerado un derecho en sí mismo, las Convenciones y Consensos que los DDI retoman en su fundamentación demuestra que existe interés en identificarlo de tal forma por considerarlo una condición necesaria para que niños y niñas puedan crecer, desarrollarse y existir. En este proceso requiere de adultxs acompañantes y de un Estado que garantice las condicionalidades necesarias para poder hacerlo.

Tal lo dicho por una de las trabajadoras, el Estado acompaña a las familias en donde haya niños y niñas de cero a tres años de edad con algunas pautas alarmantes en cuanto a su desarrollo a través de distintas intervenciones, entre ellas, los DDIAuR. Por medio de él, se plantean estrategias de intervención que tiendan a la elaboración, la creatividad y el fortalecimiento de lazos y vínculos entre las duplas, con las instituciones, con lxs trabajadores y con la comunidad en general.

Tal como intentó demostrarse en el desarrollo previo, el cuidado es un aspecto constitutivo del ser humano sin el cual nadie podría sobrevivir. Todxs cuidamos y somos cuidados por otrxs. El cuidado no sólo se evidencia vinculado a la dependencia interpersonal, sino también como un proceso a través del cual se puede ganar autonomía. Retomando los dichos en las entrevistas, se identifica que uno de los objetivos principales tiene que ver con acompañar a las familias en los procesos de empoderamiento para llevar a cabo un desarrollo saludable y adecuado de acuerdo a

cada etapa de la vida, garantizando los derechos fundamentales de lxs niñxs y los adultos acompañantes. Por eso el Dispositivo interpela a la autonomía personal a través del empoderamiento social e individual por medio del cual, se busca potencializar las capacidades subjetivas y crear lazos e intervenciones comunitarias. La construcción de lazos, de un acompañamiento presente y continuo en algunas circunstancias puede facilitar este proceso.

El acompañamiento que se plantea a través del Dispositivo pretende tener en cuenta las experiencias particulares y potencializar los recursos existentes en cada familia para poder lograr un desarrollo adecuado a la edad de los niños y fortalecer los lazos vinculantes. No se plantea como fin indicar cómo, de qué forma y en dónde criar a los de menor edad, sino básicamente acompañar a las familias en este proceso brindando pautas para estimular el desarrollo.

Como se venía mencionando, el objetivo de la intervención es acompañar y no “enseñar¹³”. Por ende, queda excluida la idea de que por medio del Dispositivo se demuestre cómo ser “buena madre” porque se considera que no existe una única forma de criar a lxs hijos, de hablarles, de hacerles la comida, etc. Las trayectorias familiares e individuales irán configurando lo que lxs adultxs consideran adecuado para lxs niñxs en ese momento y espacio particular, es decir que, cada familia define cómo lleva a cabo la crianza y desarrollo de lxs niñxs, el Estado se posiciona como un actor con capacidad para acompañar en el proceso tendiendo a al fortalecimiento individual y colectivo para lograr condicionalidades saludables y acordes de desarrollo. Lo que intenta lograrse es la potencialidad de cada unx de los integrantes a partir de la imaginación, de la creación y del juego para vivenciar un desarrollo saludable en el/la niño generando lazos afectivos de crianza y acompañamiento. Estas afirmaciones se llevan a cabo teniendo en cuenta que este tipo de estrategias no pueden lograr intervenciones holísticas de transformación estructural, sino que pueden ser consideradas como paliativas o de contención frente a tanta desigualdad social.

Continuando con la idea, este acompañamiento es planteado contemplando la particularidad con la que cada familia desarrolla los espacios y momentos para la

¹³ Esta noción se realiza teniendo en cuenta que los saberes circundantes no son posesión exclusiva de quien conforman el equipo territorial. Todas las personas contamos con saber (poder) que intentará ser transmitido a otra persona. La lógica del Dispositivo queda excluida de la idea de la transmisión de conocimientos verticalistas y unilaterales. Más bien, lo que intenta establecerse son los saberes y las dinámicas colectivas. Esta idea no quita la posibilidad que existan participantes que tengan saberes particulares que deban ser mencionados a la hora de hacer un diagnóstico.

crianza, cuidado y juego de lxs más chicxs, teniendo presente además la espacialidad en la que lo hacen. Actualmente, gran cantidad de familias habitan en construcciones precarias y poco espaciales que restringen los movimientos y restringe la espacialidad comúnmente sugerida para que lxs niños puedan desplazarse. Por ejemplo, en una habitación se encuentra la cama y también la mesa en donde la familia almuerza y cena; el baño está fuera de la vivienda; no existe conexión a red de agua caliente, hay hacinamiento, entre otras situaciones. La espacialidad y la materialidad si bien condiciona la forma es que la familia lleve a cabo los procesos de crianza y desarrollo no lo determina.

Se pretende que a través del acompañamiento se creen y refuercen lazos entre lxs niñxs y sus acompañantes y entre lxs de la misma edad. Porque el vínculo entre niñxs y adultos es tan importante como el encuentro entre pares. Sin alguno de estas dos relaciones no podrá generarse un desarrollo saludable. El encuentro entre vecinxs puede crear lazos de confianza, acompañamiento y hasta de amistad que tienen impacto en la cotidianidad.

Pero también, y no menos importante, se espera lograr acompañar a lxs adultxs de forma individual debido a que las tareas de cuidado demandan gran esfuerzo y, generalmente, se ejerce sin valoración social y familiar ni remuneración económica. En este sentido, se intenta romper con la lógica de la culpabilización y cuestionamiento ante la ausencia del deseo o la dificultad al hacerlo, situaciones que generalmente se connotan de castigo social. El dispositivo se plantea entonces como un espacio de acompañamiento a quienes, con el deseo y/o con la obligación de maternar encuentran algunas dificultades.

“¿El dispositivo tiene la capacidad de evitar la toma de una medida excepcional a través de las intervenciones en la crianza y el vínculo? La criminalización de la pobreza es frecuente en las intervenciones diarias que llevamos a cabo, sin embargo no se puede culpabilizar a la madre por la situación socioeconómica en la que se encuentran y en la que las han puesto. Considero que el acompañamiento que intenta realizarse a través del Dispositivo puede generar grandes aportes en la búsqueda de una mejor calidad de crianza, fortaleciendo los lazos vinculares.

La simple existencia de instituciones y del propio dispositivo no determina que pueda llevarse a cabo el acompañamiento. Para tal fin se requiere predisposición, intención y disposición. Particularmente, barrio Ludueña cuenta con la presencia de gran cantidad

de instituciones estatales y no estatales que permiten que quienes residan allí tengan la posibilidad de presentar las demandas con mayor facilidad que aquellos vecinos que no las encuentren cerca de sus viviendas. Sin embargo, en muchas ocasiones la demanda que supera las posibilidades institucionales y profesionales de los trabajadores. Incluso, se evidencia que políticas como el Dispositivo lleva a cabo intervenciones con un grupo reducido por lo que para ser parte del acompañamiento mencionado se requieren varias condicionalidades.

A partir del análisis respecto de las opiniones de distintas trabajadoras de los equipos se evidenció diferencias respecto a la responsabilidad que debe asumir el Estado en el acompañamiento de la práctica de cuidado. Algunas destacaron que el rol de este actor implica solamente el acompañamiento que se lleva a cabo a través del Dispositivo y la garantía de la presencia institucional para que las madres puedan acudir con sus hijos. Y al respecto aclara que el Estado no puede tomar responsabilidad respecto a la forma en que esos niños se desarrollan en la sociedad porque eso es competencia exclusivamente de la familia, principalmente la madre y el padre. Concluyendo, la responsabilidad estatal encuentra su límite en la universalidad de instituciones y profesionales presentes en el barrio al cuidado directo porque ese es un aspecto privado que debe quedar a cargo de sus progenitores y/o quienes cumplan tal rol. A pesar de considerar que esta definición contempla una visión acotada de las responsabilidades de los actores encargados de brindar bienestar, se identifica con la realidad concreta. Porque más allá del compromiso que cada uno asuma, no puede negarse que quien se encuentra en contacto y a cargo del cuidado directo e indirecto fundamentalmente es la familia, principalmente la madre. Por eso considero oportuno poner en discusión lo planteado en la entrevista para visualizar que el plano del “deber ser” (cuidado como una responsabilidad compartida) dista ampliamente del “ser” (familias único responsable del cuidado). En este sentido, retomando los aportes de Robert Castel (2013), es inimaginable la presencia de una sociedad con un Estado que proteja ante todos los riesgos que generan inseguridad, porque estos conceptos lejos de ser opuestos, son constitutivos. Existe un desfase entre una expectativa socialmente construida de protecciones y las capacidades efectivas de una sociedad para ponerlas en funcionamiento. Considero que políticas como el Dispositivo de Desarrollo Infantil puede brindar algunos puntos de encuentro entre ambos planos. Porque si bien no deja de identificar al adultx significativo asumiendo individualmente los riesgos que la

infancia genera, el Estado toma cierta responsabilidad y brinda protección al plantear la necesidad y la importancia de acompañar a las familias durante este proceso a través de estrategias como los DDI que si bien no logran identificar una responsabilidad y protección colectiva, rompe con la exclusividad de la familia como única encargada.

Otras profesionales destacan que el Estado debe asumir la responsabilidad de crear y potenciar políticas de acompañamiento a las familias en la práctica de cuidado y desarrollo de niños. Consideran que en Barrio Ludueña no existen actualmente otros dispositivos que se vinculen con el acompañamiento en la crianza y el desarrollo infantil propiamente interviniendo desde el juego con la madre y el niño. Si bien opinan que estas intervenciones no llegan a establecerse como una política de cuidado compromete a actores externos de la familia en este trabajo. Consideran que las situaciones familiares con las que trabajan cuentan son complejas y requieren de abordajes integrales y de procesos a largo plazo donde se acompañe a las familias con la presencia de recursos. Destacan la necesidad de la lucha por políticas sociales que generen cambios estructurales. Si bien en el corto y mediano plazo no se evidencia este panorama, la existencia y continuidad de este tipo de Dispositivos indica cierto interés estatal en plantear nuevas intervenciones de protección. “Nosotros somos parte de un sector de las políticas del Estado y entendemos que es necesario un abordaje integral y no por sectores, como está ocurriendo actualmente” (Entrevista profesional, 2019).

Es menester destacar que la idea anterior fue planteada teniendo en cuenta que –tal como lo enuncian distintos autores como Robert Castel (2015) y Carla Zibechi (2012)- no es posible al día de hoy encontrarnos con una política que contemple y satisfaga todo aquello que la práctica de cuidado implica y requiere. En este sentido, es necesario destacar una noción que fue mencionada reiteradamente en las entrevistas y tiene en cuenta que es una utopía encontrarnos completamente protegidos respecto al riesgo que la vida misma implica. El Estado y el resto de los actores con capacidad de proveer bienestar se encuentran llevando a cabo estrategias en primera infancia desarticuladas, generando que las intervenciones sean fragmentadas, esporádicas y que funcionen – muchas veces- a modo de “reparo” social. Sin embargo quiero destacar que a pesar de este marco, el DDIUAuR pretende trascender lógicas planteando intervenciones superadoras que pueden implicar procesos instituyentes dentro del paradigma de intervención en primera infancia, particularmente en lo que refiere al desarrollo infantil.

Para finalizar propongo hacer una reflexión respecto a la responsabilidad que deben asumir los individuos en particular y el Estado en general respecto de los riesgos que la infancia implica. A diferencia de períodos previos, la modernidad ha identificado que los sujetos se definen independientemente de su inscripción en colectivos, aunque existe una estrecha relación con ellos. En este entramado ¿cómo están definidas las estrategias de protección?, ¿las estrategias para su abordaje se definen a través de la individualidad familiar o contemplando la comunidad? Mi paso por el DDIAuR me brindó la posibilidad de asegurar que existe una clara preeminencia sobre el abordaje de los riesgos desde la individualidad en donde se considera que cada núcleo familiar cuenta con los recursos materiales y simbólicos necesarios para responsabilizarse por la crianza y cuidado de los de menor edad. Ante la presencia de dificultades para hacerlo, también quedan enmarcados como los únicos responsables. Pensarnos desde el individualismo nos posiciona en un puesto de mayor desigualdad porque afrontar los riesgos de manera solitaria genera mayor inseguridad en comparación con el conjunto. Ahora bien, durante esta tesina de grado se expuso reiteradamente que la inseguridad respecto a la niñez y la responsabilidad que genera, reconoce a un solo responsable que es la familia y particularmente las mujeres y que tal situación corresponde a imposiciones sociales, culturales y políticas, pero también existe otro tipo de propuestas que trata de cuestionar lo mencionado. Los Dispositivos de Desarrollo Infantil, entre ellos, el Apapachame un Rato, intentan brindar acompañamiento a las familias en la vivencia de los procesos de cuidado y crianza que están empapado de inseguridad, desprotección, incertidumbre, desigualdad e injusticia social, y a su vez, se encuentran enmarcados en procesos donde el hambre, el individualismo, el cortoplacismo, la disgregación social, la falta de articulación y la soledad se visibilizan rápidamente. Si bien no puede pensarse a los DDI como una política acabada, completa, y suficiente considero que plantea una propuesta que intenta cuestionar las prácticas instituidas y genera preguntas para la construcción de procesos instituyentes a través de estrategias comunitarias en donde el involucramiento de distintos actores, la interdisciplina, la intersectorialidad, la interinstitucionalidad, la propuesta al establecimiento de intervenciones más democráticas, la horizontalidad, y la noción de empoderamiento son consideraciones presentes en cada intervención y por eso creo que los DDI son una propuesta de la cual estoy orgullosa de haber formado parte.

4. Reflexiones finales

El DDIAuR es la única propuesta existente en el barrio que aborda la cuestión del desarrollo infantil a través de estrategias lúdicas que contemplan no solamente al niño sino también a quienes lo acompañan. Es valorable la creación y funcionamiento de este tipo de estrategias estatales que identifica al Estado como un actor con responsabilidad en esta tarea.

La decisión de intervenir en el desarrollo infantil y la intención de lograr la construcción, el fortalecimiento y la potencialización de lazos sociales entre las duplas con instituciones estatales y comunitarias, me invita a reflexionar sobre el objetivo amplio propuesto en los dispositivos. La participación simultánea de las duplas permite llevar a cabo estrategias grupales sin situarse exclusivamente en la individualidad, más allá de que se desplieguen actividades particulares.

Es mi interés recalcar que modalidad propuesta en el DDIAuR rompe en gran medida con las lógicas establecidas en el resto de las instituciones, sobre todo las médicas, en donde lo principal es la singularidad dentro del consultorio. De ahí, que la vinculación entre vecinxs es habilitadora a la generación de lazos de confianza/acercamiento para que el maternaje encuentre compañía y no se lleve a cabo en soledad.

La práctica de cuidado y crianza implica tareas complejas, demandas constantes y generalmente está cargada de incertidumbres. En este sentido es valorable destacar, la organización colectiva y horizontal, la estructura intersecretarial, interdisciplinar e interinstitucional, el acercamiento y la puesta en acto del propio cuerpo. Esta dinámica brinda mayores posibilidades para establecer lazos de confianza entre las duplas, con el equipo territorial y con el resto de las díadas. En este contexto, el acercamiento es útil para romper con la lógica generalmente establecida en las intervenciones con niños y niñas de dar “consejos” para lograr ser una “buena madre”; por eso es fundamental la responsabilidad con la que cada profesional interviene, porque sus acciones o inacciones pueden aumentar o anular la autonomía personal.

Establecer estrategias de empoderamiento a quienes participan en el dispositivo no es tarea fácil. Anteriormente se intentó dejar en claro que esta política no puede pensarse de forma aislada al resto de las prácticas existentes en el barrio sino que deben

desarrollarse de manera paralela. Si se piensa que el empoderamiento de la mujer debe recaer exclusivamente en potenciar las capacidades subjetivas de cada una, se estaría llevando a cabo una lectura reducida de la realidad. En términos generales, que una mujer se empodere significa atravesar procesos para alcanzar una vida autónoma en la que puedan participar en contextos de igualdad, en el acceso a los recursos, al reconocimiento y a la toma de decisiones en todas las esferas de la vida personal y social. Es así que el empoderamiento no es una cuestión personal sino más bien colectiva. ¿Qué rol tiene el dispositivo al respecto? Considero que tiene la capacidad para problematizar la vida cotidiana de quienes participan a partir de poner en palabras situaciones naturalizadas que evidencian cierta desventaja respecto al resto de los convivientes y/o allegados.

Para finalizar, retomo y comparto una de las ideas explicitadas por una de las trabajadoras del DDIAuR en relación a que la apuesta a conformar el Dispositivo en barrio Ludueña fue una decisión política y profesional. Enfrentar nuevos desafíos, problematizar y cuestionar, intentando asumir un perfil crítico como trabajadores del Estado frente a las injusticias y desigualdades sociales es tener compromiso y empatía por el otrx. Si bien no puede considerarse como un aspecto propio de la profesión, lxs trabajadores sociales se caracterizan por asumir este tipo de roles, sobre todo con los sectores de la población que ha sido históricamente relegados en la distribución de capacidades para enfrentar riesgos. En este sentido es importante resaltar el proyecto ético-político de la profesión para asumir el compromiso y lucha frente a tantas injusticias. Es indispensable que el trabajo social contemple a la libertad, la democracia, la justicia, la pluralidad, las políticas sociales y a los derechos humanos como directrices de la profesión.

Las políticas neoliberales retrotraen derechos, principalmente de los de niños, niñas y adolescentes. Hablar de interdisciplina en este contexto es un reto y un desafío para quienes proponen hacerlo debido a que la coyuntura actual define que las intervenciones sean cortoplacistas, inmediatas e individualistas. Trabajar y apoyar este tipo de políticas que además busca la participación a través de procesos colectivos es fundamental para la concreción de propuestas que permitan generar modificaciones profundas. La realidad en la que intervenimos es compleja, cambiante, abstracta y conflictiva. Si pensamos que las estrategias a desarrollar culminan en la individualidad del consultorio

o de la oficina recaemos indudablemente en maniobras simplistas. Los cambios que se requieren son largos y complejos porque cada vez nos encontramos con más pibes, pibas y familias completas con sus necesidades básicas insatisfechas y excluidas de la mayoría de los circuitos institucionales y estatales. Considero que las intervenciones requeridas nunca pueden caer en lo individual, porque a través de ellas se lleva a cabo procesos estigmatizantes y culpabilizadores. Sin pensar en que sea un modelo ideal o una utopía, lo que debemos plantear son cambios profundos y estructurales donde nos encontremos con otrxs trabajadores que tengan empatía y donde haya un Estado que acompañe a través del establecimiento de políticas pluralistas, intersectoriales, interinstitucionales y populares. La lucha por la garantía de los derechos y la igualdad de oportunidades será en definitiva el estandarte que propongo como futura Trabajadora Social.

5. Bibliografía

AGUIRRE, R. “Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales”.

Montevideo, 2005, disponible en

https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Rosario_Aguirre.pdf

BATTHYÁNY, K. “Cuidado infantil y trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino?

Una mirada desde el género y la ciudadanía social”. Montevideo, 2004, disponible en

https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/trazos_20.pdf

BLEICHMAR, S. “La Infancia y la Adolescencia ya no son las mismas.

Qué se conserva hoy de la infancia que conocimos”. Buenos Aires, 2001, disponible en:

<http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num3/autores-bleichmar-infancia-adolescencia.php>

BOURDIEU, P. “Campo de poder, campo intelectual”. Francia, 1970.

BUTLER, Judith. “Vulnerabilidad corporal, coalición y la política de la calle”.

Colombia, 2012.

CASTEL, R. “La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?”. Buenos Aires, 2013.

D’ALESSANDRO, M. “Cómo construir una sociedad igualitaria (sin perder el glamour)”. Buenos aires, Sudamericana, 2016.

ESQUIVEL, V., FAUR, L., JELIN, E. “Las lógicas del cuidado infantil entre las familias, el Estado y el mercado”. Buenos Aires, IDES, 2012, disponible en

<http://cddhh.ides.org.ar/files/2012/06/Las-l%C3%B3gicas-del-cuidado-infantil.-Entre-las-familias-el-Estado-y-el-mercado.1.pdf>

MARZONETTO, G, RODRÍGUEZ ENRIQUEZ, C. “Organización Social del Cuidado y desigualdad: el déficit de las políticas de cuidado en Argentina”. Buenos Aires, 2016.

MILAN, N. "El rol del Estado en materia de responsabilidad social y de medio ambiente". Uruguay, QUANTUM, 2010, disponible en <file:///C:/Users/marcela/Downloads/DialnetElRolDelEstadoEnMateriaDeResponsabilidadSocialYDeM-5234022.pdf>

MARTINEZ FRANZONI, J. "Bienestar y regímenes de bienestar ¿Qué son y por qué abordarlos?". Buenos Aires, 2008.

MURILLO, S. "Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres". España, 2003.

PUERTO SANTOS, J. "La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia". Málaga. Ediciones Jaime Aljibe, 1980.

PAUTASSI, L. "Del boom del cuidado al ejercicio de derechos". Buenos Aires, 2016, disponible en [file:///C:/Users/marcela/Downloads/Pautassi_sur_version_definitiva%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/marcela/Downloads/Pautassi_sur_version_definitiva%20(2).pdf)

PAUTASSI, Laura. "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos". Santiago de Chile, 2007, disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf

PAUTASSI, L, ZIBECCHI, C. "La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias". Santiago de Chile, 2010.

RAZAVI SHAHRA. "The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options". 2007

RODRIGUEZ ENRIQUE, Corina. "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina". Buenos Aires, 2015.

SANTILLÁN, L. Las iniciativas educativas familiares bajo análisis: notas sobre la dimensión social y política del cuidado infantil". Argentina, 2016.

STUCHLIK, Silvia. “La nueva ley de infancia. Aportes para su interpretación e implementación”. Argentina, 2005, disponible en https://casacidn.org.ar/media/uploads/cyclope_old/adjuntos/27_Lanuevaleydeinfancia.pdf

UNICEF. “Crecer Juntos para la primera infancia. Encuentro Regional de políticas integrales”. Buenos Aires, 2012.

ZIBECCHI, C. (2014). ¿Cómo se cuida en Argentina? Definiciones y experiencias sobre el cuidado de niños y niñas. Buenos Aires: ELA. 2014

6. ANEXOS

6.1 Proyecto Dispositivo Desarrollo Infantil

Introducción.....	2
Políticas sociales implementadas por la Municipalidad de Rosario.....	3
Políticas Locales para las Infancias	4
Acciones de abordaje del desarrollo infantil.....	5
Marco conceptual.....	7
El desarrollo infantil.....	7
La función parental	8
El juego	8
El abordaje intersectorial y comunitario	9
Las bases normativas	9
Objetivos del proyecto	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Objetivos Institucionales.....	10
Acerca de la Metodología del Proyecto.....	11
Equipos de Trabajo.....	11
Equipos Territoriales	11
Equipo Técnico de Soporte.....	12
Equipo de Evaluación y Monitoreo.....	14
Materiales para la implementación del Proyecto.....	14
Bibliografía	15

Introducción

“... Cerca del quince por ciento de la población infantil presenta retraso significativo en su desarrollo y una proporción muy elevada presenta alteraciones que, al no ser diagnosticadas oportunamente, afectan tanto la salud como la calidad de vida, además de tener consecuencias sobre el desarrollo potencial. Se suman a lo anterior varios problemas como: alteraciones de la conducta, falta de adaptación al medio ambiente, fracaso escolar, situaciones y perfiles violentos, incapacidades, morbilidad aguda, crónica y las patologías emergentes de la esfera psico-afectiva y del comportamiento” (OPS, 2011)

La población infantil se halla expuesta a una compleja problemática que se reconoce a nivel mundial. En el contexto latinoamericano, como lo expresan organismos internacionales, las poblaciones vulnerables que viven en situaciones de pobreza así como algunas minorías sexuales, inmigrantes y poblaciones indígenas entre otras, no siempre tienen las mismas condiciones y oportunidades para el desarrollo biológico, psicológico y social.

En nuestro país, según el último Censo (2010) proyectado al año 2016, habitan unos 2.847.382 niños y niñas de 0 a 3 años de edad; estimándose en la ciudad de Rosario un total de 54.824 niños y niñas de la misma edad. De este total, un 23% (641.407 niños y niñas) a nivel nacional y un 17% (9.388) a nivel local, pertenecen a un hogar con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Si bien la estimación de situaciones pobreza por el método de NBI, no da cuenta de la multidimensionalidad del problema, ni de la complejidad de las situaciones de vulnerabilidad social existentes en la actualidad; es un indicador de pobreza estructural posible de ser observado con los datos objetivos relevados en los censos y permite un barrido por toda la población tanto a nivel nacional como a nivel local.

En la Ciudad de Rosario, a instancias de la Señora Intendente y su Gabinete Social, en forma conjunta entre las Secretarías de Desarrollo Social, de Salud Pública y de Cultura y Educación y en el marco de una política universal para las Infancias, se encuentra en elaboración un plan que se propone entrelazar las acciones que se vienen desarrollando para la atención y acompañamiento del embarazo, el nacimiento y la crianza de los niños y las niñas, proponiendo nuevos cursos de acción que permitan intersectorial-mente, ARTICULAR políticas de salud, de protección y de cuidados.

Una de las metas de este plan es **favorecer el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes desde la promoción, protección y restitución de derechos.-**

Es en ese marco como parte integrante de dicho plan, y tomando como base el primer escrito del año 2008, las experiencias en curso y la evaluación de las mismas, se elabora este proyecto conteniendo una propuesta más amplia de abordaje a la problemática del desarrollo infantil en la ciudad dirigida en un principio, a la población con mayores niveles de vulnerabilidad. Esta iniciativa, se suma a diversas intervenciones ya existentes, en la línea de desarrollar y potenciar respuestas también intersectoriales.

Se considera aquí al desarrollo infantil de manera integral, incluyendo aspectos biológicos, sociales, culturales y subjetivos, y a lo largo de todas sus etapas. El desarrollo de niños y niñas en la plenitud de sus potencialidades requiere por lo tanto de abordajes complejos en cada contexto específico y, en el mismo sentido, la construcción y fortalecimiento de la función parental y de cuidado, convoca a la participación familiar y comunitaria como asimismo, a la responsabilización de instituciones y organizaciones en el nivel local.

Dado la amplitud de la problemática, se considera necesario fortalecer la intervención a niños y niñas pertenecientes a sectores sociales vulnerables, que presenten problemas o riesgos significativos para su desarrollo, priorizando inicialmente la franja etaria **menor de 3 años.**

Esta propuesta se plantea profundizando lo ya realizado, lograr cambios que favorezcan y propendan al desarrollo de niños y niñas y también en sus familias, así como potenciar a organizaciones sanitarias, sociales y de la comunidad en el abordaje de la problemática.

En sus aspectos operativos, dispone la aplicación de dispositivos a nivel territorial, conformados por equipos interdisciplinarios e intersectoriales, a partir de la articulación entre Centros de Convivencia Barrial (CCB) y Centros de Salud (CS), con la apoyatura de la Secretaría de Cultura y Educación, localizados en lugares estratégicos de la ciudad y vinculados con otros efectores, instituciones y organizaciones sociales que abordan el tema.

Las actividades específicas incluyen:

* espacios de juego con fines terapéuticos apelando a la clínica ampliada, con participación de niños y adultos coordinados por los equipos interdisciplinarios;

* espacios de recepción y seguimiento; y

* la formación y acompañamiento a los equipos intervinientes.

Políticas sociales implementadas por la Municipalidad de Rosario.

Desde el año 1996, la Municipalidad comenzó con el proceso de Descentralización y Modernización del Estado Municipal, instalando un proyecto de ciudad a largo plazo, una nueva forma de gestión más eficaz que brinde solución a los problemas comunitarios mediante un acercamiento del ciudadano-vecino al Estado. De acuerdo a las condiciones históricas físico-formativos, socio-institucionales y económicas, relevando las necesidades y prioridades para cada zona, la ciudad de Rosario ha delimitado el territorio en seis distritos: Norte, Noroeste, Oeste, Sur, Sudoeste y Centro, cada uno de ellos con características particulares y distintivas.

La oferta de servicios municipales se traduce actualmente en 50 Centros de Salud y 32 Centros de Convivencia Barrial distribuidos con el criterio de cubrir los sectores donde se asienta la población más vulnerable.

Según el Plan Estratégico Rosario Metropolitana (PERM+10) las infancias son consideradas “....uno de los sectores más desprotegidos y afectados por la pobreza y la indigencia” y se reconoce la existencia de un alto índice de niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica: del total de población infantil un 41,10% son menores pobres y un 17,70% indigentes.

Políticas locales para las infancias.

Hace ya más de veinticinco años, el Municipio de Rosario enmarcó sus políticas para las infancias en consonancia con la *Convención Internacional de los Derechos del Niño*, que consagra a niños y niñas como sujetos de pleno derecho que, como lo indicara la Declaración de los Derechos del Niño “...el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”, merecen cuidados y asistencia especiales.

A modo de breve repaso cronológico cabe mencionar en este punto, algunos hitos de las políticas públicas destinadas a las infancias en nuestra Ciudad:

- 1990: Programa de Construcción de una política de Atención Primaria de la Salud
- 1990: Departamento de Minoridad y Familia
- 1996: Área de la Niñez dependiente de la Secretaría de Promoción Social
- 1996: Proyecto Ciudad de los Niños
- 1997: Programa Crecer
- 1999: La Granja de la Infancia
- 2001: El Jardín de los Niños
- 2003: La Isla de los Inventos
- 2004: Consolidación Red de Servicios integral e integrada en Salud
- 2009: Dirección General de Infancias y Familias.

- 2009: Creación de nuevos dispositivos de intervención con las Infancias a partir de la sanción de la Ley Provincial 12967 de Protección y Promoción Integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- 2012: Creación de la Dirección de Atención en Situaciones de Vulnerabilidad Social
- 2013: *Plan de Convivencia Barrial*
- 2014: Programa Infantil Educativo - P.I.E.
- 2016: Plan Abre Familia.
- 2017: Espacios Socio-Educativos para niños mayores de tres años.

Reconociendo las intervenciones que distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales desarrollan con la finalidad de ampliar la protección integral a las infancias, cabe señalar algunas de las numerosas implementaciones de la Municipalidad de Rosario para dar respuesta en este campo:

- Centros de Convivencia Barrial, Centros de Día, Instituciones conveniadas donde se realizan actividades de socio educativas que incluyen a NNA y sus familias;
- Espacios deportivos (parques, polideportivos, playones, etc.);
- La Ciudad de los Niños y los Consejos de Niños destinados a la inclusión social y participación ciudadana;
- El Tríptico de la Infancia para la promoción del juego y la convivencia;
- Red de Salud integrada por Centros de Salud, Hospitales de 2° y 3° nivel de complejidad, Maternidades, Centro de Especialidades Médicas de Rosario, Instituto de Rehabilitación y Programas para la atención sanitaria;
- Diversas instancias dirigidas a la educación y capacitación, y a la promoción y protección de los derechos de los niños y niñas.

Asimismo, la ciudad de Rosario forma parte de un proceso de integración regional de políticas y recursos provinciales y municipales, con la finalidad de ofrecer respuestas más efectivas a las necesidades de la población. En este sentido deben destacarse correspondientes a la jurisdicción provincial: Centros de Salud, Hospitales, Escuela Especial 2096 "Instituto Integral de Estimulación Temprana", Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, Centros de Asistencia Familiar (CAF) y la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes.

Acciones de abordaje del Desarrollo Infantil

Desde hace más de una década en el ámbito de la Municipalidad de Rosario se han impulsado distintos dispositivos con base territorial abocados de manera más específica a la problemática del desarrollo infantil. Deben mencionarse como antecedentes significativos los dispositivos de los Centros de Salud Sur, David Staffieri, Maradona, Las Flores, Ceferino Namuncurá, Emaús, Juana Azurduy y San Martín, Centro de Convivencia Barrial Rouillón, San Francisquito, Bella Vista, Ayacucho y Centro de Salud Provincial N° 9, entre otros.

En la actualidad se encuentran desarrollando actividades los siguientes dispositivos:

- Centro de Convivencia Barrial Rouillon y Centro de Salud El Toba;
- Centro de Convivencia Barrial Tío Rolo y Centro de Salud Tío Rolo;
- Centro de Convivencia Barrial San Francisquito y Centro de Salud N° 9
- Centro de Convivencia Barrial Ayacucho y Centro de Salud Sur;
- Centro de Convivencia Barrial Santa Lucía y Centro de Salud Santa Lucía;
- Centro de Convivencia Barrial Vía Honda, Centro de Salud Mauricio Casals, Centro de Salud Provincial 13, Casa Educativa Terapéutica Rosario (C.E.T.)
- Centro de Convivencia Barrial San Cayetano y Centro de Salud María Josefa Roselló.
- Centro de Salud Mangrullo.
- Centro de Salud Eva Duarte y Escuela Normal N 2
- Centro de Salud Casiano Casas
- Centro de Convivencia Barrial Las Flores, Centro de Salud Las Flores, Centro de Salud Provincial N 15.

Como señala el PERM+10: *Para abordar la problemática de esta población se cuenta con la presencia de redes solidarias que trabajan con grupos vulnerables, la riqueza multicultural propia de las comunidades migrantes, el afianzamiento en la cobertura de servicios básicos, proyectos para la infancia y juventud, un modelo sanitario basado en el derecho a la salud y políticas habitacionales inclusivas ... La complejidad de esta problemática exige el desarrollo de políticas activas que apunten a la conformación de un sistema de protección a la infancia. Esta iniciativa necesita de un acompañamiento personalizado a las niñas y niños, que sea provisto por los diferentes actores que participan en este proceso. En primer lugar, sus propias familias, que representan su ámbito inmediato de contención y socialización. En segundo lugar, los territorios y comunidades que deben acoger y atender a las necesidades de sus miembros más pequeños. Y por último, las instituciones públicas y organizaciones sociales que en el nivel local trabajan en pro del desarrollo de niños, niñas y adolescentes y sus familias.*

Estas observaciones son coincidentes con la experiencia de equipos multidisciplinarios territoriales que trabajan con población infantil, los cuales detectan importantes dificultades en el desarrollo constitutivo de los niños: ausencia o escaso despliegue del juego, dificultades en la construcción del lenguaje, carencias de elementos que permitan al niño representaciones de un mundo simbólico con los que pueda acceder progresivamente a los aprendizajes sociales y de la cultura, como así también dificultades en el ejercicio de las funciones parentales por parte de los adultos responsables de niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Es necesario reconocer que el despliegue de acciones desarrollado por distintas instituciones en el nivel local, si bien es importante, no es suficiente para dar acabadada cuenta de una situación signada por problemas sociales complejos como la exclusión, la violencia y el abandono, y se requiere continuar profundizando la coordinación y la asignación de recursos, con la finalidad de hacer cada vez más efectivos los derechos de niños y niñas.

En este sentido el presente proyecto se **PROPONE contribuir a la ampliación de respuestas a la problemática del desarrollo infantil, con la necesaria participación y compromiso de todos los actores a quienes les compete alguna intervención acompañando la tarea que vienen desarrollando los equipos locales.**

La propuesta lleva a un **conjunto de acciones ya desarrolladas a un nuevo nivel de articulación intersectorial** ampliando sus alcances a otros territorios dentro de la ciudad de Rosario, en el marco de las políticas dirigidas a las infancias.

Marco Conceptual

El proyecto articula en su base conceptual:

1. el desarrollo infantil;
2. la función parental;
3. el juego;
4. el abordaje social y comunitario; y
5. las bases normativas relacionadas con políticas de protección a las infancias.

1.- El desarrollo infantil

Entendemos al desarrollo del niño como un producto continuo de procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio, en los que resuelve situaciones cada vez más complejas, y donde las estructuras logradas son la base necesaria de las subsiguientes. La particularidad del desarrollo es lo que permite que el niño pueda adquirir en el proceso de humanización habilidades culturalmente aceptadas para desempeñarse adecuadamente en su contexto y adaptarse cuando éste cambia. Este concepto integral asume la multidimensionalidad del desarrollo y la indivisibilidad de sus procesos que se resumen en un todo el cual se constituye en el niño, y habilita la identificación de factores de riesgo individuales y comunitarios que puedan afectar al desarrollo, así como el diseño de intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales, más adecuadas a la complejidad de la problemática.

Se considera que los procesos involucrados en el desarrollo están determinados por la información genética, acción del ambiente e interacción entre ambas. El niño/a es considerado sujeto activo/a de su desarrollo de acuerdo a sus características individuales, en interacción con el medio ambiente inmediato (familia y escuela) y los escenarios sociales más amplios que los incluyen (los llamados micro y exosistema de acuerdo a Bronfenbrenner). En otro orden, coincidentemente Vigotsky señala que el individuo no es solamente activo sino interactivo, dado que construye conocimientos y se constituye a partir de relaciones intra e interpersonales. Y en el intercambio con otros sujetos y consigo mismo, es que se van internalizando los conocimientos, papeles y funciones sociales, lo cual permite la constitución de la propia conciencia.

Por otra parte las neurociencias han aportado también conceptos centrales al desarrollo infantil (Cunha, y Schneider y Terra). La determinación genética es fundamental hasta la 21a semana del embarazo. A partir del nacimiento y hasta los tres años de vida la experiencia vivida tiene un impacto tan grande en la arquitectura del cerebro, que se extenderá hasta las capacidades y habilidades del futuro adulto. El aprendizaje reorganiza la estructura y fisiología cerebral, y los primeros cuidados influyen decisivamente sobre cómo los bebés forman su self, desarrollan su capacidad de aprendizaje y regulan las propias emociones (Cunha, 2002).

Por lo hasta aquí expuesto los trastornos del desarrollo se podrían dividir en principio en dos grandes grupos: los de base orgánica que seguramente van a aparejar una problemática en el desarrollo; y las dificultades ligadas al otro social (Bruner 2008). Posicionarnos desde un saber que reafirme lo orgánico únicamente (crecimiento, saber de la patología) no da lugar al encuentro con el bebé. No nos dice qué le está pasando, cuál es la problemática, cuáles son las cuestiones que hacen obstáculos a la función parental, cuál es la mirada de los padres sobre este bebé, si hay encuentros que presten significación a las actividades del mismo.

2.- La función parental

Quien asume prioritariamente la mayor responsabilidad de la crianza es la madre del niño. En consecuencia el tiempo, el deseo, el nivel de información y educación, su estado de salud, su propio desarrollo autónomo, los recursos familiares y comunitarios de los que dispone para ejercer y apoyarse en la crianza forman parte esencial del capital social que será determinante para que la crianza sea exitosa (Winnicott, 1998). Más allá de la necesaria instrucción, es importante tener en cuenta, el amparo con que estas mujeres cuentan, para que a su vez ellas puedan brindárselos a sus hijos. Por lo tanto hay que considerar cómo enriquecer con experiencias sus recursos culturales y simbólicos para que puedan transferir, compartir, es decir, vincularse con sus niños y niñas, más allá de las limitaciones que la vida cotidiana les impone. No se trataría entonces de dar prescripciones de cómo ser madre sino de poder donar en acto, los elementos de esta función. Si en lugar de indicarle a la madre que le hable a su hijo, por ejemplo, podemos nombrar al bebe por su nombre y hablarle, la intervención se transformaría en un espacio de trasmisión.

De lo expuesto hasta aquí, se desprende fácilmente la importancia y la centralidad de los vínculos afectivos establecidos entre los niños y sus principales cuidadores para su desarrollo. Es por eso necesario jerarquizar las intervenciones en las problemáticas relacionadas con el desarrollo emocional temprano.

3.- El juego

El niño puede en el juego poner las cosas en un nuevo orden para él. El juego permite anudar el orden de la estructura con el orden del desarrollo como función. Cuando un niño no está referido al juego no hay sujeto infantil (Bruner, 2008). La ocupación favorita y más intensa del niño es el juego, en él se produce una forma que es el ensayo, la repetición, la diferencia, y en este jugar el niño se constituye como sujeto. Winnicott (1975) señala que el juego facilita el crecimiento, el desarrollo afectivo y el cognoscitivo y conduce a las relaciones grupales. Jugar es una forma de comunicación, con particular importancia en los meses y años iniciales en la vida del ser humano cuando se localizan los primeros momentos de la vida imaginativa, de la capacidad de vivir creativamente y constructivamente, y de la experiencia.

De esta forma, todo lo que podamos hacer por nuestros niños en sus primeros años de vida significará una importante herencia, no solamente en su trayectoria individual, sino también en su entorno social y cultural y, dada su trascendencia, el juego es el marco de trabajo en la problemática del desarrollo.

4.- El abordaje intersectorial y comunitario

La perspectiva del trabajo intersectorial, base operativa de nuestra propuesta, implica integrar, sin descuidar las funciones específicas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible y funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos sociocomunitarios.

Se logra promover y estimular el desarrollo de los niños y las niñas nacidos en contextos más vulnerables con intervenciones que ofrezcan soporte, conocimiento y orientación, aprovechando los recursos y las posibilidades de las familias y de la comunidad. Se trabajará potenciando la dimensión proactiva de cada sujeto, incentivando su autonomía y apelando a su derecho ciudadano..

5. Bases normativas relacionadas con políticas de protección a las infancias

Dan fundamento normativo al proyecto, las normas relacionadas con políticas nacionales y provinciales de protección de las infancias:

- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;

- Ley Provincial N° 12.967 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley Nacional N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental;
- Ley Provincial N° 10.772 de Personas que padezcan Enfermedades Mentales.
- Ley Nacional N° 24.901 de Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad;
- Ley Provincial N° 9.325 de Sistema de Protección Integral a las Personas Discapacitadas.

Dentro de la amplitud de este marco normativo, cabe resaltar el énfasis preventivo de la Ley 24.901 en su Art. 14 que establece:

La madre y el/la niño/a tendrán garantizados desde el momento de la concepción, los controles, la atención y la prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico, psíquico y social. Si se detecta alguna patología discapacitante en la madre o el feto durante el embarazo, o en el recién nacido en el período perinatal (durante el nacimiento), se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar la discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar. En todos los casos, se deberá brindar el apoyo psicológico adecuado al grupo familiar.

Objetivos del proyecto

Objetivo general:

Promover y fortalecer la Prevención y Promoción del Desarrollo infantil integral, de niñas y niños de hasta tres años de edad, con riesgo y/o dificultad en su desarrollo en el orden de lo orgánico, subjetivo y socio-ambiental, reconociendo al niño y a la niña como sujeto de derecho y fortaleciendo la diada cuidador- niño / niña.

Objetivos específicos:

1. Habilitar a los niños y niñas en la apropiación de su cuerpo a través de elementos simbólicos de la cultura: el juego, el lenguaje, las interacciones comunicacionales y la constitución de un soporte de relaciones inclusivas a la trama social.
2. Propiciar en el entorno familiar relaciones vinculares que brinden cuidado, protección, ordenamiento, establecimiento de límites continentales y experiencias acordes a su desarrollo individual.
3. Sensibilizar y producir modificaciones en las comunidades sobre la necesidad de cuidar, acompañar e incluir a niños y niñas en espacios socioculturales que favorezcan su desarrollo.

Objetivos Institucionales:

- * Conformar equipos interdisciplinarios e intersectoriales de base territorial, que aborden el desarrollo infantil integral de niñas y niños.
- * Instalar nuevos espacios de intercambio de conocimientos y experiencias que posibiliten el diseño e implementación de estrategias de abordaje integral.
- * Diseñar indicadores de seguimiento y evaluación de los procesos de implementación de esta propuesta.

Acerca de la Metodología del Proyecto

El proyecto propone abordar integralmente la problemática del desarrollo infantil, consolidar y generar nuevos espacios institucionales, comunitarios y familiares, profundizar la trayectoria de trabajo conjunto entre las Secretarías de Desarrollo Social, Salud Pública y Cultura y Educación, en el marco del reconocimiento de los niños y niñas como sujetos de derecho.

La propuesta define la instalación de nuevos dispositivos, la continuidad y el refuerzo de los preexistentes, en un proceso de construcción en el que participan integrantes de distintos niveles de las Secretarías.

La coordinación y el soporte a los dispositivos corresponde a un equipo de características técnicas, que acompañara la formación y capacitación de los equipos territoriales y la elaboración de estrategias para el abordaje de situaciones problemáticas que presentan niños/as en relación a su desarrollo. En esta perspectiva el equipo técnico propicia el fortalecimiento de los dispositivos a fin de incrementar su autonomía y capacidad resolutive.

Equipos de trabajo

Es llevado adelante por equipos con funciones y tareas específicas e interrelacionados colaborativamente:

- 1.- *equipos territoriales* que abordan en forma directa la temática del desarrollo infantil en el territorio;
- 2.- *equipo técnico de Soporte en Desarrollo Infantil*, responsable del acompañamiento y seguimiento técnico operativo de los equipos territoriales;y
- 3.- *equipo de evaluación y monitoreo* conducido de manera conjunta por referentes de las tres Secretarías intervinientes .

1.- Equipos territoriales

Integrantes:

Trabajadores de las Secretarías de Desarrollo, de Salud y de Cultura y Educación implicados en la temática del Desarrollo Infantil.

Funciones:

Abordar integralmente en forma directa en cada territorio las intervenciones en niños y niñas, que presenten situaciones de riesgo en su desarrollo

Dispositivos y su metodología.

Cada equipo territorial estará conformado por integrantes de las Secretarías, con funciones acordes a la especificidad de cada uno de ellos, y con responsabilidades compartidas en el armado, sostenimiento, ejecución y re-trabajo del dispositivo.

Su **metodología** de trabajo se materializara en:

A - Dispositivo de Juego Propiamente Dicho: espacios lúdicos con la diada cuidador-cuidadora y el niño menor de 3 años, coordinados por los equipos interdisciplinarios donde se integran mediante la

experiencia y la reflexión, el juego, la alimentación y el vínculo con otros niños y con los adultos, como elementos fundantes del desarrollo.

B - Dispositivo de Retrabajo

Tareas:

Diseño de la convocatoria y recepción de situaciones. Evaluación y seguimiento de las situaciones abordadas, en forma conjunta con otros actores intervinientes -equipos territoriales de referencia, otros sectores-, acordando criterios de intervención.

1. Seguimiento de las familias de los niños/as: visitas, entrevistas, y acompañamiento a quienes ejercen la función parental o de cuidado
2. Sostenimiento de los dispositivos del Proyecto.
3. Retrabajo de los espacios de juego.
4. Asegurar el registro de la práctica desarrollada en los dispositivos.
5. Difusión de información a la población general y a las comunidades ubicadas en el territorio donde se interviene.

1. 2.- Equipo técnico de Soporte en Desarrollo Infantil

1. Integrantes:

1. Profesionales de las Secretarías de Desarrollo, de Salud y de Cultura y Educación

Funciones:

- 1) Acompañar a los equipos territoriales en la elaboración de estrategias para el abordaje de situaciones que presentan niños y niñas en relación a su desarrollo.
- 2) Articulación inter secretarías y gestión de insumos y recursos para el desarrollo de las actividades de los equipos, en función a las necesidades de los mismos.
- 3) Diseñar la construcción y logística de los espacios de formación de los equipos territoriales.

Tareas:

- 1) El equipo en dupla intersecretarías, acompaña en forma periódica en una jornada de retrabajo. Esto permitirá con los recursos existentes, brindar soporte técnico a los equipos territoriales.
- 2) Reunión semanal del equipo técnico de Soporte en Desarrollo Infantil para el retrabajo.
- 3) Reunión mensual con el equipo técnico de Evaluación y Monitoreo para analizar procesos y el desarrollo del proyecto.-

Metodología:

Elaboración conjunta con el equipo territorial del encuadre del dispositivo grupal .

A. Facilitación de los instrumentos creados que aportan en la sustentabilidad del trabajo:

1-Ficha de recepción y seguimiento.

2-Cuadro guía para la observación del desarrollo infantil.

3-Bibliografía.

B. Materiales específicos necesarios para el desarrollo del dispositivo.

C- Gestión con la Secretaría de Cultura y Educación de actividades especiales para el dispositivo grupal.

D- Articulación de proyectos de abordaje singular para situaciones complejas que aloja el dispositivo con:

1-Direccionalidad unívoca.

2-Integralidad de las intervenciones de las diferentes interconsultas, Servicios y Direcciones que intervienen en la situación.

3-Gestión de recursos para el soporte de la estrategia.

E- Diseño y desarrollo del espacio de formación permanente junto al equipo de Evaluación y Monitoreo.

Equipo de Evaluación y Monitoreo

Integrantes:

Representantes Técnico Políticos de las Secretarías de Desarrollo, de Salud y de Cultura y Educación y del Equipo técnico de Soporte de Desarrollo Infantil.

Funciones:

1. Planificar, evaluar y monitorizar la implementación y resultados del proyecto desde una perspectiva estratégica.
2. Difundir los resultados de la evaluación y monitoreo a los responsables correspondientes.
3. Contribuir al fortalecimiento de los equipos en una lógica de educación permanente.

Tareas:

1. Elaborar las herramientas e indicadores apropiados para la evaluación y monitoreo del proyecto, con participación de los equipos.
1. Proveer información útil para la toma de decisiones a distintos niveles de la gestión.
1. Elaborar los informes periódicos y finales de acuerdo a los avances.
1. Convocar a los actores gubernamentales y no gubernamentales que se considere pertinente para el avance del proyecto.-

Materiales para la implementación del Proyecto.

- Espacios físicos adecuados para el trabajo con niños y su cuidador/a.
- Mobiliario, materiales específicos y soporte logístico necesario que incluya alimentos saludables para garantizar una colación en el marco del dispositivo.
- Espacio físico y soporte técnico para el desarrollo de la función del Equipo Técnico de Soporte.

Bibliografía

Bruner N, 2008. *“Duelos en juego”. La función del juego y el trabajo de duelo en la clínica psicoanalítica con bebés y niños con problemas en el desarrollo*. Editorial Letra Viva. Buenos Aires.

Cunha I, 2002. *Neurobiologia do Vínculo*. In: Correa Filho, L.; Corrêa, M. E.; França, P. S. (Orgs.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*. Brasília: L. G. E., 2002. p. 353-387.

Facultad de Psicología (UNR), 2008. *Salud mental en la infancia. Estudio epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario*.

Municipalidad de Rosario, 2012. *A la altura de los chicos. Diagnóstico participativo sobre la situación de las infancias. Distrito Oeste, Ciudad de Rosario*. Proyecto cofinanciado por la Unión Europea.

OPS, 2011. *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil 0-6 años en el contexto de AIEPI*.

PERM+10. *Plan Estratégico Rosario Metropolitana. Estrategias 2018*. Municipalidad de Rosario.

Schneider A y Terra O, 2001. *Um começo melhor para todos: oportunidades e conquistas dos programas de intervenção na primeira infância*. 2001. Monografía (Especialização em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê) – Universidade de Brasília, 2001.

Tuñón Ianina, 2009. *Barómetro de la deuda social de la infancia. Argentina 2004-2008: Condiciones de vida de la niñez y adolescencia*. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Departamento de Investigación Institucional. Pontificia Universidad Católica Argentina.

Tuñón Ianina, 2012. *La infancia argentina sujeto de derecho: progreso, desigualdades y desafíos pendientes en el efectivo cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes*. - 1a ed. - Buenos Aires: Educa, 2012.

VASILACHI, I. (1992). *Métodos cualitativos I. “Tesis n.º 6 y 7”*. Bs As. Centro editor de América Latina.

Winnicott Donald, 1975. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 208 p. en *Primera Infancia Mejor: Una innovación en política pública*. Alessandra Schneider y Vera Regina Ramires, UNESCO 2008.

Winnicott Donald, 1983. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 268 p. en *Primera Infancia Mejor: Una innovación en política pública*. Alessandra Schneider y Vera Regina Ramires, UNESCO 2008.

Winnicott Donald, 1998. *Los bebés y sus madres*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona.